

Violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad

América Latina y el Caribe

Luana Marques García Ozemela
Diana Ortíz
Anne-Marie Urban

División de Género y Diversidad
Sector Social

RESUMEN DE
POLÍTICAS N°
IDB-PB-302

Violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad

América Latina y el Caribe

Luana Marques García Ozemela
Diana Ortíz
Anne-Marie Urban

Marzo, 2019

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo

Marques Garcia Ozemela, Luana.

Violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad: América Latina y el Caribe /
Luana Marques Garcia Ozemela, Diana Ortiz y Anne-Marie Urban.

p. cm. — (Resumen de políticas del BID ; 302)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Women with disabilities-Violence against-Latin America. 2. Women with disabilities-
Violence against-Caribbean Area. I. Ortiz, Diana. II. Urban, Anne-Marie. III. Banco
Interamericano de Desarrollo. División de Género y Diversidad. IV. Título. V. Serie.
IDB-PB-302

Códigos JEL: I39; J12; J14; J16; O54

Palabras Clave: Violencia doméstica, personas con discapacidad, políticas

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2019 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.





“Violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad”

América Latina y el Caribe

División de Género y Diversidad

Informe de Política No. IDB-PB-00302

Luana Marques García Ozemela,
Diana Ortiz, y Anne-Marie Urban

Las mujeres con discapacidad están expuestas a un mayor riesgo de sufrir violencia que los hombres con discapacidad y que las mujeres sin discapacidad. Sin embargo, en América Latina y el Caribe (ALC) hay brechas importantes en la provisión de servicios de prevención de la violencia contra las mujeres y niñas (VCMN) con discapacidad, tanto en la práctica como en la investigación. Esta nota técnica tiene por objetivo: 1) revelar la información existente sobre la prevalencia y los factores de riesgo asociados con la VCMN que viven con una discapacidad en ALC; y 2) presentar diversas prácticas prometedoras para prevenir y responder a dicha violencia. Dados los desafíos que enfrentan los países de ALC, se formulan recomendaciones para aquellos que estén dispuestos a desarrollar e incorporar metodologías rigurosas de evaluación en la planificación e implementación de sus programas.

“Violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad”

América Latina y el Caribe

Luana Marques García Ozemela, Diana Ortiz, y Anne-Marie Urban

**División de Género y Diversidad
Sector Social**

Banco Interamericano de Desarrollo



Contenido

■	1. Motivación	07
■	2. Marco conceptual y legal	09
	2.1. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	09
	2.2. Política Operativa del Banco Interamericano de Desarrollo para la Promoción de la Igualdad de Género	10
	2.3. Tipos de violencia perpetrada contra las personas con discapacidad	11
	2.4. Factores de riesgo que contribuyen a la violencia	13

■	3. Datos empíricos sobre inclusión y acceso	17
	3.1. Datos sobre la violencia y la discapacidad	17
	3.2. Buenas prácticas en la recolección de datos	18
	3.3. Prevalencia de la violencia entre mujeres y niñas con discapacidad	23
	3.3.1. Prevalencia a nivel mundial	23
	3.3.2. Prevalencia en América Latina y el Caribe	25
	3.4. Brechas en los marcos jurídicos e institucionales	35
	3.5. Brechas en la prestación de servicios	35
■	4. Asuntos clave y prácticas prometedoras	38
	4.1. Marcos jurídicos e institucionales en ALC que abordan la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad	38
	4.1.1. Uruguay	38
	4.1.2. Costa Rica	40
	4.1.3. México	41
	4.1.4. Argentina	42
	4.2. Buenas prácticas emergentes a nivel global	42
■	5. Conclusiones	48

Referencia

Anexo: Violencia de pareja íntima en Colombia

Recuadros

- Recuadro 1. Lugares, agresores y factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad
- Recuadro 2. Encuestas específicas relacionadas con la discapacidad que incluyen una pregunta sobre la violencia, por país
- Recuadro 3. Ventajas y desventajas de incorporar preguntas sobre la violencia contra las mujeres y niñas (VCMN) en las encuestas sobre la discapacidad
- Recuadro 4. Violencia de pareja íntima y discapacidad
- Recuadro 5. Tipos de violencia ejercida por terceros
- Recuadro 6. Acceso a la educación sobre derechos sexuales y reproductivos y la discapacidad
- Recuadro A1: Violencia de pareja íntima en Colombia por tipo de discapacidad
- Recuadro A2: Violencia de pareja íntima en Colombia y discapacidad por tipo de violencia

Abreviaturas

ALC	América Latina y el Caribe
ASAP	Programa de Concientización sobre la Seguridad (Safety Awareness Program)
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CNUDPD	Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
EDS	Encuestas Demográficas y de Salud (Demographic and Health Surveys)
ENDISC	Estudio Nacional de la Discapacidad, Chile
ESCAPE	Plan de estudios efectivo basado en estrategias para la prevención del abuso y para el empoderamiento (Effective Strategy-Based Curriculum for Abuse Prevention and Empowerment)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Naciones Unidas
PRONADIS	Programa Nacional de Discapacidad, Uruguay
SSP	Programa más segura y más fuerte (Safer and Stronger Program)
VCMN	Violencia contra las mujeres y niñas
WG	Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad (Washington Group on Disability Statistics)

Motivación

Según el Informe Mundial sobre Discapacidad (Global Report on Disabilities - OMS y Banco Mundial, 2011), aproximadamente el 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad. Este porcentaje es ligeramente inferior en América Latina y el Caribe, con aproximadamente un 12,5% (CEPAL, 2014). Si bien las estimaciones varían según su fuente, la variación no es significativa. Sin embargo, las diferencias aumentan cuando se desglosan por sexo, edad y origen étnico.

A nivel mundial, las mujeres muestran una mayor prevalencia de la discapacidad que los hombres, aunque, una vez más, las estadísticas varían significativamente. Como indica el mencionado informe (OMS y Banco Mundial, 2011), “a nivel mundial, las estimaciones de la carga mundial de la prevalencia de la discapacidad moderada y grave son un



11% más altas en mujeres que en hombres, mientras que las estimaciones de la Encuesta Mundial de Salud indican que la prevalencia de la discapacidad en mujeres es casi un 60% más alta que en hombres”. Sin embargo, una revisión reciente de los datos recogidos en los censos de 2010 de la región de América Latina y el Caribe (ALC) no ha detectado una diferencia sistemática por género en la tasa de prevalencia. De hecho, de los ocho países con datos disponibles, cuatro indican una mayor tasa de discapacidad en las mujeres, uno no

muestra diferencias, y tres muestran una mayor prevalencia en los hombres (Ber-linski et al., 2019).

La evidencia empírica confirma que la experiencia de la discapacidad es diferente para las mujeres que para los hombres, en función de varios escenarios. Por ejemplo, la participación laboral de las mujeres con discapacidad es muy inferior a la de los hombres, con un 20% versus un 53%, respectivamente (LCD, 2014). Como resultado, las mujeres con discapacidad tienen una mayor probabilidad de vivir en condiciones de pobreza, lo que, a su vez, las hace más propensas a ser víctimas de la violencia y menos capaces de escapar del ciclo de la violencia. Más aún, las mujeres con discapacidad de otros grupos vulnerables, como las personas mayores, los pueblos indígenas, los inmigrantes y otras minorías (por ejemplo étnicas, religiosas, lingüísticas, entre otras), enfrentan además un mayor riesgo de abuso y violencia como

consecuencia de la compleja interacción entre otras formas de discriminación.

La finalidad de esta nota técnica no es solo revelar la información existente sobre la prevalencia y los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y niñas (VCMN) que viven con una discapacidad en ALC,¹ sino también presentar diversas prácticas prometedoras para prevenir y responder a dicha violencia. Este informe en particular utiliza datos secundarios cuantitativos y forma parte de una serie de informes que exploran el potencial del



desarrollo con inclusión de las personas con discapacidad, en particular en los ámbitos de la educación, la salud, la protección social y el empleo.

En primer lugar, la nota técnica presenta los antecedentes de los tipos de violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad, así como los factores de riesgo a los que pueden estar expuestas. En segundo lugar, describe en qué medida están expuestas, con base en los datos disponibles para ALC, y mide la prevalencia de la violencia y las brechas existentes en el acceso a los servicios de protección y atención. En tercer lugar, a fin de identificar posibles medios de respuesta al problema en general, el documento presenta diversas políticas y programas a nivel nacional en la región de ALC, así como buenas prácticas a nivel mundial. Por último, se formulan varias recomendaciones para abordar los principales desafíos relacionados con la inclusión y el acceso a los servicios.

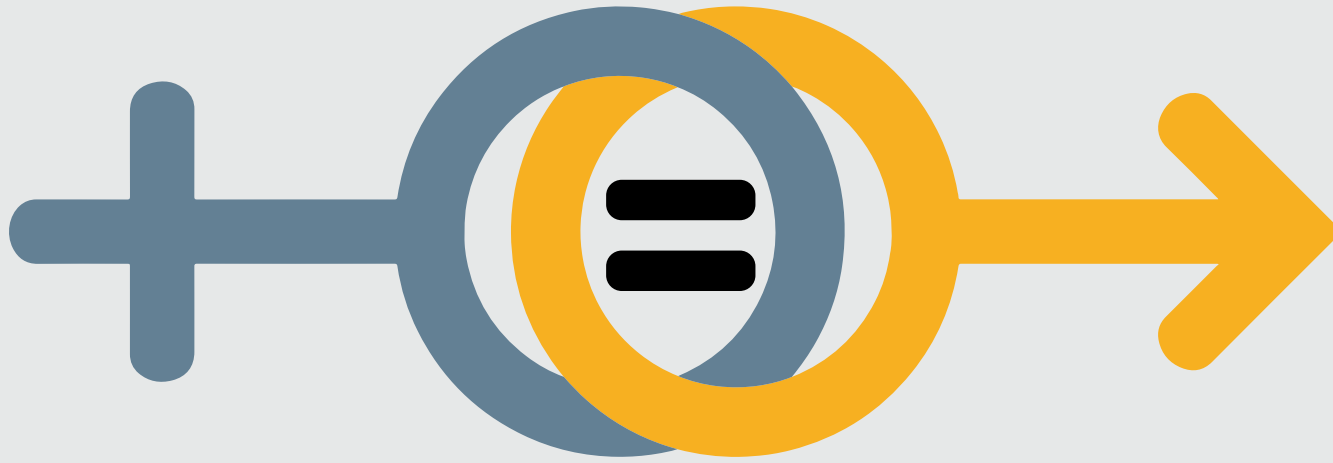
¹ En esta nota, el término “discapacidad” incluye las discapacidades que tienden a aumentar la vulnerabilidad al abuso debido a un impedimento físico, sensorial o mental, o a una combinación de estos.

Marco conceptual y legal



2.1. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CNUDPD) se aprobó el 13 de diciembre de 2006. Es la primera convención de derechos humanos del siglo XXI que aborda los derechos de las personas con discapacidad en una plataforma mundial. Ratificada por los países miembros del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la CNUDPD es el instrumento internacional más pertinente para exigir a los países que garanticen que todas las personas con discapacidad puedan gozar de todos los derechos y libertades fundamentales (Artículo 5: Igualdad y no discriminación) (ACNUDH, 2006).



Según la CNUDPD, la discapacidad es un concepto en evolución y es el resultado de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y al entorno que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. El marco de la CNUDPD reconoce que las mujeres y niñas con discapacidad a menudo están expuestas a un mayor riesgo, y que la discapacidad suma una nueva capa de discriminación y carencia (Artículo 6: Mujeres con discapacidad). En conjunto, la discriminación por motivos de discapacidad y de género puede conducir a una mayor probabilidad

de pobreza, a un acceso limitado a los servicios y recursos de protección y a un mayor riesgo de violencia y abuso a lo largo de la vida. Por lo tanto, la VCMN con discapacidad requiere de leyes y políticas específicas (Artículo 16: Protección contra la explotación, la violencia y el abuso) para asegurar que se identifique, investigue y, cuando sea apropiado, se someta a un proceso judicial. La CNUDPD también expresa la importancia del acceso a servicios de salud que incorporen la perspectiva de género y servicios de salud reproductiva de calidad para las personas con discapacidad (Artículo 25: Salud).

2.2. Política Operativa del Banco Interamericano de Desarrollo para la Promoción de la Igualdad de Género

El BID se esfuerza por fortalecer su respuesta a las metas y compromisos de la región para promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. La Política Operativa del BID sobre Igualdad de Género en el Desarrollo (Política de Género), aprobada en 2010 (BID, 2010), llama a tomar acciones proactivas a través de inversiones directas y la integración de la perspectiva de género en las estrategias, los préstamos, la cooperación técnica, los productos de conocimiento y los esfuerzos de divulgación de los países. También exhorta a la adopción de medidas para prevenir o mitigar la exclusión por motivos de género y los posibles efectos adversos en las mujeres de los proyectos financiados por el BID.

La Política de Género del BID hace hincapié en que la igualdad de género contribuye a reducir la pobreza y a

elevant los niveles de capital humano para las futuras generaciones. La evidencia empírica indica que la igualdad dentro del hogar, en el mercado laboral, en el acceso a los servicios financieros y a la tecnología, y en la participación cívica y política, son factores que contribuirán a un desarrollo efectivo. Además, los países miembros del BID se han comprometido a apoyar la igualdad de derechos de hombres y mujeres al ser signatarios de varios instrumentos poderosos de derechos humanos relacionados con la igualdad de género. Estos incluyen, por ejemplo, la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada en 1979, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer de 1994. En 2015, la mayoría de los países miembros del BID firmaron la nueva Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030 de la ONU, con sus Objetivos de Desarrollo Sostenible, que buscan poner fin a todas las formas de discriminación contra la mujer y garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, así como la igualdad de derechos de la mujer sobre los recursos económicos.

2.3. Tipos de violencia perpetuada contra las personas con discapacidad

Según la literatura, los adultos y los niños y niñas con discapacidad presentan un mayor riesgo de sufrir violencia en comparación con aquellos sin discapacidad (Jones et al., 2012; Hughes et al., 2012). Las estimaciones de la prevalencia de todo tipo de violencia (física, sexual o psicológica) son más altas

entre las personas con enfermedades mentales y las personas jóvenes. Esto implica que, aunque la discapacidad afecta desproporcionadamente a las personas mayores, la violencia suele producirse en edades más tempranas. Se identifican varias categorías amplias de violencia contra las personas con

discapacidad en la literatura. Estas pueden o no incluir actos reconocidos como delictivos en términos de violencia o abuso; sin embargo, causan profundos efectos en la calidad de vida y en la capacidad de una persona para desarrollar plenamente su potencial. Estos tipos de violencia² incluyen los siguientes:

² Estos son los mismos tipos de violencia que a menudo se citan como perpetrados contra mujeres mayores quienes, a menudo, adquieren una o más discapacidades al envejecer (ONU, 2013).

- La violencia o abuso **psicológico y emocional** incluye la falta de amor y afecto, amenazas, ataques verbales, burlas y gritos que provocan la pérdida de confianza y autoestima de la víctima (Westcott, 1993). El abuso psicológico suele coincidir con otras formas de abuso, aunque puede ocurrir de forma independiente (Sobsey, 1994). El abuso psicológico y emocional también puede manifestarse como la interiorización de las actitudes de los proveedores de cuidado, los asistentes personales³ o los miembros de la familia hacia las personas con discapacidad y aquellos que no pueden cuidarse o desarrollarse por sí mismos.
- La **negligencia** y los **actos de omisión** se describen como el hecho de ignorar las necesidades nutricionales, médicas u otras necesidades físicas

de las personas con discapacidad (Williams, 1993). La falla en la provisión de atención médica o de servicios educativos adecuados también se han identificado como tipos de negligencia a los que las personas con discapacidad pueden ser particularmente susceptibles (Sobsey, 1994).

- La violencia o el abuso **físico** involucra lastimar, lesionar o matar a una persona. Puede incluir manipulación inapropiada, atención médica o personal inapropiada, uso excesivo de la inmovilización o modificaciones inadecuadas de la conducta. Otra forma de abuso físico que se analiza en la literatura y a la que las personas con discapacidades pueden ser particularmente susceptibles es la de tratamientos experimentales.

- La violencia o el abuso **sexual** incluye cualquier contacto sexual no deseado o forzado, como la violación o el sexo oral forzado; el



³ El artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que las personas con discapacidad tienen derecho a ejercer sus derechos legales de acuerdo con las leyes internacionales sobre derechos humanos basadas en el respeto, la voluntad y la preferencia. En esta nota técnica, el término “asistente personal” o “asistente” se refiere a la persona que ayuda y asiste a una persona con discapacidad para promover su independencia y autonomía.

contacto no deseado o la exhibición no deseada de partes del cuerpo, incluyendo genitales; y las amenazas de daño o coerción en relación con la actividad sexual (Roeher Institute, 1993). El abuso sexual también puede incluir tener que desvestirse o estar desnudo frente a otras personas, o ser forzado a ver a otras personas ser abusadas sexualmente. En el caso de las personas con discapacidad, se ha identificado que el abuso sexual incluye la negación de la sexualidad, la negación de la información/educación sexual o el aborto o la esterilización forzados (GoC, 1993). Las investigaciones demuestran que la esterilización forzada de mujeres con discapacidad, particularmente en el caso de la discapacidad intelectual, se ha practicado en varios países de Australasia, Asia, Europa, América Latina y el Medio Oriente.

Un estudio, por ejemplo, indica que en Orissa, India, el 6% de las mujeres con discapacidad física y el 8% de las mujeres con discapacidad intelectual fueron esterilizadas contra su voluntad (Mohapatra y Mohanty, 2004).

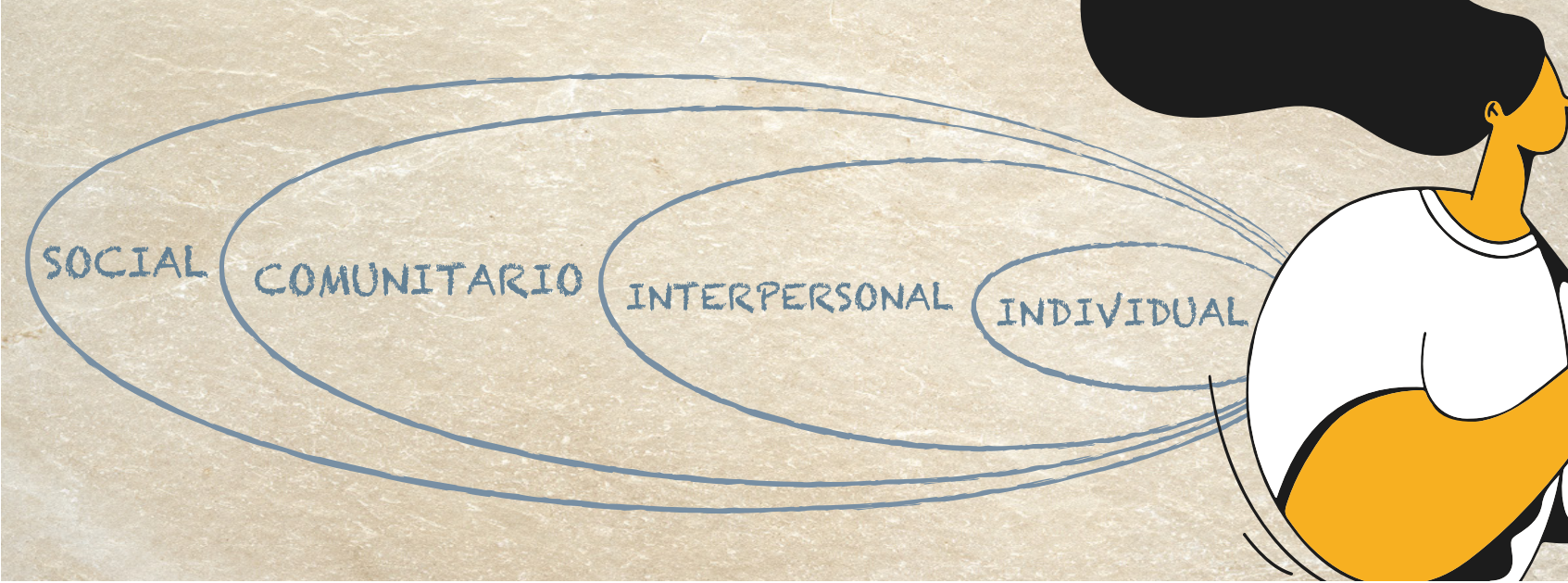
- **El abuso o explotación financiera** incluye la negación del acceso y control de los fondos de una persona y el mal uso o apropiación de sus recursos financieros. Esto puede incluir el quitar o destruir los artefactos motrices de una persona (por ejemplo, sillas de ruedas, motonetas, andadores).

2.4. Factores de riesgo que contribuyen a la violencia

De acuerdo con la Declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la VCMN abarca la violencia física,

sexual y psicológica que (i) ocurre en la familia, incluyendo el maltrato, el abuso sexual de niñas, la violación conyugal, y la violencia no conyugal, entre otros; (ii) ocurre dentro de la comunidad en general, incluyendo la violación, el abuso sexual, el acoso sexual en el lugar de trabajo, en las instituciones de educación y en otros lugares, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y (iii) es perpetrada o permitida por el Estado.

Para comprender mejor la interacción de los factores personales, circunstanciales y socioculturales que se combinan para generar abuso y violencia, los investigadores utilizan cada vez más un modelo ecológico. Según Dahlberg y Krug (2002), la violencia o el abuso es una forma perjudicial de interacción entre dos personas: el agresor y la víctima. La mejor manera de interpretar el modelo es como cuatro círculos concéntricos.



El círculo interno representa la historia biológica y personal que una persona transfiere a su forma de relacionarse. El segundo círculo representa el contexto inmediato en el que se produce el abuso, a menudo en la familia o en otras relaciones íntimas o de amistad. El tercer círculo representa las instituciones y estructuras sociales, formales e informales, donde están arraigadas las relaciones, como los vecindarios, el lugar de trabajo, las redes sociales y los grupos de pares. El cuarto círculo (el más exterior) es el entorno económico y social, que incluye las normas culturales.

El modelo ecológico enfatiza que las relaciones existen y están fuertemente influenciadas por una unidad del entorno social una familia, un hogar grupal, una institución que, a su vez, está fuertemente influenciada por la sociedad o la cultura. Se han utilizado elementos del modelo ecológico para explicar la victimización de las personas con discapacidad (Sobsey, 1994).

El Cuadro 1 destaca algunos de los factores más mencionados en la literatura y los estudios empíricos que contribuyen a la vulnerabilidad de las

mujeres y niñas con discapacidad ante la violencia como el aislamiento social, la dependencia de otras personas para el cuidado y la falta de credibilidad. El elevado nivel de poder y control que tiene un abusador sobre las mujeres con discapacidad, especialmente los abusadores sin discapacidades, multiplica la vulnerabilidad y el aislamiento que experimentan estas mujeres. Es probable que las mujeres y niñas con discapacidades físicas sean más dependientes de la atención y el apoyo de su agresor que otros grupos de mujeres. Además, es más probable que los organismos encargados de hacer cumplir la ley y los organismos judiciales pongan en tela de juicio la credibilidad de las declaraciones de las personas con discapacidades psicosociales e intelectuales o con discapacidades que requieren comunicación asistida o ajustes razonables para la comunicación.

Recuadro 1. Lugares, agresores y factores de riesgo de la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad

Lugar donde se ejerce la violencia las mujeres y niñas con discapacidad	Agresor(es)	Factores específicos que aumentan la vulnerabilidad
Grupos sociales como la familia u otras relaciones personales	Familiares	Actitudes negativas del público respecto a la discapacidad
Entornos residenciales como el hogar, departamento, o internado	Asistente personal remunerado	Aislamiento social de las personas con discapacidad y sus familias
Entornos de servicio tales como hospitales, hogares grupales, instituciones	Otras personas con discapacidad, especialmente aquellas que están agrupadas con sus víctimas en entornos de servicio.	Dependencia de las personas con discapacidad de otros para su cuidado
Espacios públicos		<p>Falta de apoyo para los miembros de la familia que ayudan a las personas con discapacidad</p> <p>Falta de oportunidades para que las personas con discapacidad desarrollen habilidades sociales a través de la interacción social típica</p> <p>Naturaleza de la discapacidad</p> <p>Género, especialmente en lo que se refiere al abuso sexual (donde las mujeres enfrentan un riesgo muy alto de victimización).</p> <p>Pobreza y otros factores económicos que afectan a las personas con discapacidad</p> <p>Falta de control o de elección de las personas con discapacidad sobre sus asuntos personales</p> <p>Percepción de falta de credibilidad de las personas con discapacidad cuando denuncian o revelan abusos</p> <p>Socialización de las personas con discapacidad para que sean dóciles; indefensión aprendida</p> <p>Abuso de alcohol y drogas por parte de los agresores</p>

Fuente: Recuadro elaborado por los autores, utilizando un marco adaptado de Ticoll (1994).



Los agresores a menudo ejercen formas de abuso que hacen uso y explotan la discapacidad o condición de una mujer, de manera que la violencia experimentada se agrava. Los mayores responsables de la VCMN con discapacidad son los miembros de la familia y los asistentes personales, así como otras personas con discapacidad en entornos de servicio. No obstante, también pueden estar expuestas a otros posibles agresores, tales como parejas íntimas, prestadores de servicios y asistentes personales, entre otros.

Datos empíricos sobre inclusión y acceso

3.1. Datos sobre la violencia y la discapacidad



País	Nombre
Guatemala	Encuesta Nacional de Discapacidad
México	Encuesta Nacional sobre Discriminación
Perú	Primera Encuesta Nacional Especial
Chile	II Estudio Nacional de la Discapacidad
Colombia	Programa de Encuestas Demográficas y de Salud
Haití	Programa de Encuestas Demográficas y de Salud

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su novena sesión del 17 de abril de 2013, destacó que la VCMN con discapacidad es cuatro veces más grave que la violencia en la población en general. Concluyó que este grupo específico vive una situación de “catástrofe humanitaria global” que requiere la intervención inmediata de los Estados partes.

Aunque existen algunos estudios sobre la violencia y la victimización de las mujeres y niñas con discapacidad en ALC, no se han encontrado estadísticas oficiales que interrelacionen estas variables en sus herramientas de medición. Según la CEPAL (2011), los países de ALC ya recopilan datos sobre las personas con discapacidad en sus censos o encuestas de hogares. La mayoría de los cuestionarios contienen preguntas diseñadas para personas individuales y que, en algunos casos, se aplican a los hogares. Sin embargo, solo seis países de la región cuentan con encuestas específicas sobre discapacidad, actualizadas desde 2005. De estos, dos incluyen preguntas relacionadas con la violencia contra la mujer (Colombia y Haití), y solo uno (Colombia) permite realizar tabulaciones cruzadas de variables sobre la discapacidad y la violencia contra la mujer, gracias al tamaño de la muestra (Cuadro 2)

Recuadro 2. Encuestas específicas relacionadas con discapacidad que incluyen una pregunta sobre la violencia, por país

País	Año	Nombre	Pregunta sobre la violencia
Guatemala	2005	Encuesta Nacional de Discapacidad	No
México	2010	Encuesta Nacional sobre Discriminación - Módulo Discapacidad	No
Perú	2012	Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad	No
Chile	2015	II Estudio Nacional de la Discapacidad	No
Colombia	2015	Programa de Encuestas Demográficas y de Salud	Sí
Haití	2016	Programa de Encuestas Demográficas y de Salud	Sí

Fuente: Elaborado con información de diversos censos de población y encuestas de hogares de la región de América Latina y el Caribe.

3.2. Buenas prácticas en la recolección de datos

La recolección de datos sobre la violencia contra las mujeres con discapacidad debe cumplir directrices éticas y de salvaguardia para proteger la seguridad y la privacidad de las personas afectadas. Además de las recomendaciones específicas proporcionadas en la nota introductoria de esta serie, Medición de la Discapacidad en América Latina y el Caribe (de próxima publicación), se debe seguir un conjunto específico de directrices para recopilar datos.

Los países han optado por utilizar la metodología aplicada en el estudio multinacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ o el Módulo de Violencia Doméstica del Programa de Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) como las mejores prácticas para medir la prevalencia de dicha violencia. El primero, que originalmente fue diseñado como un cuestionario independiente para investigaciones sobre la violencia (Ellsberg y Heise, 2005), tiene varias ventajas: (i) recopila información detallada sobre los actos de violencia física, sexual y emocional cometidos por parejas y no parejas; (ii) incluye información sobre la frecuencia y duración de la violencia, la violencia durante el embarazo, las consecuencias para la salud de las mujeres y sus hijos, las respuestas de las mujeres al abuso y el acceso de las mujeres a los servicios

de atención para mujeres maltratadas; y (iii) explora los temas relacionados con este asunto, tales como la aceptación social de la violencia, la toma de decisiones en el entorno intrafamiliar, la autonomía económica de las mujeres, y la movilidad física. En ALC, muy pocos países han aplicado la metodología de la OMS, y la mayoría de ellos han incorporado preguntas sobre la violencia contra la mujer en el módulo de las EDS, excluyendo así las experiencias de las mujeres y hombres mayores.

De acuerdo con el Programa de las EDS⁵, las principales directrices para garantizar la seguridad y la privacidad son las siguientes:

- Se debe seleccionar al azar una mujer que reúna las condiciones necesarias por hogar.



- Los miembros del personal deben recibir formación especial sobre los procedimientos de seguridad relacionados con las situaciones de crisis y el autocuidado.

⁴ Entre 1998 y 2004, la OMS colaboró con instituciones en 15 centros de 10 países para realizar un estudio multinacional sobre la violencia doméstica y la salud de la mujer (OMS, 2005). El estudio fue el primero en producir datos comparables sobre el abuso físico y sexual en diversos entornos. Su objetivo era minimizar las diferencias en metodología mediante la homologación de cuestionarios y procedimientos, además de proporcionar un enfoque común para capacitar a los entrevistadores.

⁵ Estas directrices se han adaptado a partir de las de la OMS (2001).



- La frase introductoria del módulo sobre la violencia debe tratarse como un procedimiento adicional de consentimiento informado. Si se entrevista a más de una mujer en el hogar, el entrevistador debe explicar informalmente que no se harán las mismas preguntas a nadie más del hogar y que todas las conversaciones serán confidenciales.
- Se debe garantizar la privacidad absoluta de la informante. Si a pesar de intentarlo reiteradamente no es posible obtener privacidad, no se debe implementar el módulo de violencia doméstica.
- Se debe preparar y difundir una hoja informativa en la que se enumeren las opciones y los servicios disponibles para las mujeres que sufren violencia doméstica; también deben incluirse la asistencia y los servicios de asesoramiento legal.
- Se debe evitar el uso de traductores al recopilar datos sobre la violencia doméstica, ya que esto podría hacer que la información proporcionada sea menos efectiva y vulneraría la privacidad de la persona entrevistada.
- Se deben desarrollar procedimientos de aseguramiento de la calidad para el módulo de violencia doméstica, en concordancia con los que se aplican en el resto de la encuesta.
- Es fundamental que los grupos locales de mujeres participen desde el principio, lo que reportará el valor adicional de aumentar la apropiación de los datos.

En 2016 se anunció que se introduciría un módulo sobre discapacidad en las EDS, en colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad (WG, por sus siglas en inglés). El nuevo módulo sobre discapacidad se basa en preguntas sobre discapacidad del WG

que han sido probadas internacionalmente y aprobadas por la ONU para su uso en la recopilación de datos demográficos.

Las herramientas se basan en el marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad, y de la Salud de la OMS. El Módulo de Discapacidad en una encuesta permite la captura de datos de discapacidad relacionados con todos los ocupantes del hogar a partir de los cinco años de edad a través de seis dominios funcionales básicos: visión, audición, comunicación, cognición, desplazamiento, y autocuidado. Las EDS que incluyen este módulo contienen información básica sobre la discapacidad, comparable a la que se está recopilando en todo el mundo con la ayuda de las herramientas sobre discapacidad del WG. Hasta la fecha, de los países de ALC que han reportado información⁶, sólo Colombia

y Haití han incluido el Módulo Especial de Discapacidad.

Realizar una investigación sobre la violencia contra las mujeres es, en muchos sentidos, similar a la investigación sobre otros temas delicados: todos ellos involucran asuntos de confidencialidad, divulgación de información y la necesidad de asegurar un consentimiento adecuado e informado. Hay aspectos de la investigación sobre la violencia de género que son particularmente delicados, ya que, dada la naturaleza potencialmente peligrosa y traumática del tema, la seguridad e incluso la vida de las encuestadoras y las encuestadas podrían estar en riesgo. Por lo tanto, las preguntas sobre la VCMN se deben incorporar en las encuestas de discapacidad solo cuando puedan cumplirse los requisitos éticos y de seguridad. El Recuadro 3 presenta una visión general de las ventajas y desventajas de esta recomendación.



⁶ Según la información del sitio web de las EDS <https://dhsprogram.com>, al que se accedió en octubre de 2018.

Recuadro 3. Ventajas y desventajas de incorporar preguntas sobre violencia contra las mujeres y niñas (VCMN) en las encuestas sobre discapacidad

Ventajas	Desventajas
Incorporar un conjunto de preguntas relacionadas con la VCMN en una encuesta preestablecida sobre discapacidad podría compensar los costos de la encuesta.	La falta de personal capacitado en temas de VCMN en terreno podría exponer a las mujeres a riesgos o angustiarlas.
Los países podrían reducir el tiempo necesario para recopilar datos sobre la VCMN al recolectarlos al mismo tiempo que los datos sobre discapacidad.	La vinculación de dos temas con una prevalencia relativamente baja dentro de una población puede hacer que se requieran muestras más grandes.
Combinar preguntas sobre ambos temas facilita el análisis de las experiencias de VCMN con discapacidad.	Las encuestas con pocas preguntas sobre la violencia pueden conducir a un subregistro importante.
	El personal en terreno y los supervisores pueden resistirse a informar sobre la violencia si no es el objetivo principal de la encuesta.
	Falta de preparación para remitir a las mujeres que solicitan asistencia a las fuentes de apoyo disponibles.
	Informar a la comunidad en general: entrevistar a más de una mujer por hogar con absoluta confidencialidad (en ausencia del cuidador) salvaguardará vidas. Sin embargo, esto podría no ser factible si el objetivo principal de la encuesta es medir sólo la discapacidad.

Fuente: Recuadro elaborado por los autores utilizando datos de Ellsberg y Heise (2005).

Para evaluar la factibilidad de incorporar preguntas sobre la VCMN en los cuestionarios de discapacidad o viceversa, es fundamental realizar cálculos de poder estadístico respecto a la prevalencia prevista y ajustar el tamaño muestral para asegurar que se puedan capturar estimaciones precisas tanto de la prevalencia de la discapacidad como de la violencia. El objetivo es estimar varianzas estadísticamente significativas en las tasas de prevalencia de la violencia entre las mujeres con y sin discapacidad. Si la muestra global es demasiado pequeña o la prevalencia de la discapacidad en un país es demasiado baja, entonces será necesario utilizar muestras más grandes para lograr precisión y exactitud.

3.3. Prevalencia de la violencia entre mujeres y niñas con discapacidad

El análisis de datos sobre mujeres, adolescentes y niñas con discapacidad que son víctimas de violencia en países fuera de la región de ALC que se presenta a continuación ha sido elaborado a partir de diversas publicaciones internacionales. Con respecto a ALC, los datos se han extraído principalmente de los informes de las encuestas nacionales sobre discapacidad. Los autores solo han realizado un análisis estadístico en el caso de Colombia, utilizando la base de datos pública de las EDS, ya que el tamaño de la muestra y la tasa de prevalencia

de las mujeres con discapacidad eran lo suficientemente grandes como para permitir una comparación de las experiencias de violencia.

3.3.1. Prevalencia a nivel mundial

A nivel mundial, una de cada tres mujeres sufre violencia física o sexual en el transcurso de su vida. En los Estados Unidos, el promedio es del 36% (OMS, 2013). Hughes et al. (2012) descubrieron que las mujeres con discapacidad corren un mayor riesgo

de ser víctimas de todo tipo de violencia en comparación con las mujeres sin discapacidad, y que las mujeres y niñas con discapacidades intelectuales corren un riesgo particularmente alto de sufrir violencia, incluyendo la violencia sexual.

Investigaciones realizadas en varios países de Europa (la Riviére Zijdel, 2004) revelaron que casi el 80% de las mujeres con discapacidad son víctimas de violencia, y que tienen cuatro veces más probabilidades que otras mujeres



de sufrir violencia sexual. Además, el 80% de las personas que viven en instituciones están expuestas a violencia por parte de las personas que las rodean, ya sean personal de salud y de servicios, asistentes personales u otras personas con discapacidades (ídem).

En Canadá, un estudio con una muestra representativa de 7027 mujeres canadienses casadas o en una unión conyugal reveló que las mujeres con discapacidad tenían una probabilidad 40% más alta que otras mujeres de haber sufrido violencia en los cinco años anteriores a la entrevista. Además, estas mujeres estaban particularmente expuestas a sufrir violencia severa (Brownridge, 2006).

De manera similar, un estudio de los Estados Unidos encontró que, en comparación con las mujeres sin discapacidad, las mujeres con discapacidad eran significativamente más propensas a ser violadas (1,7 vs 0,4)*⁷, a sufrir otras formas de violencia sexual (4,5 vs 1,8)*, a ser víctimas de violencia física (7,1 vs 3,3), a ser acosadas (21,0 vs 12,2)*, y a sufrir agresiones psicológicas y control de su salud sexual o reproductiva por parte de su pareja íntima (2,4 vs 1,4) (Breiding

y Armour, 2015). Estos hallazgos se encontraron después de controlar la edad, los ingresos familiares, la raza o el origen étnico y la educación.

Por último, en Australia, un análisis de los datos de la Encuesta de Seguridad Personal de 2012 indica que entre las mujeres menores de 50 años con discapacidad, el 62% habría experimentado violencia desde los 15 años, y las mujeres con discapacidad habrían experimentado una tasa de violencia sexual tres veces superior a la de las mujeres sin discapacidad en los últimos 12 meses (Dowse et al., 2016). Sin embargo, estos resultados no representan el alcance total de la violencia contra las mujeres con discapacidad en Australia, ya que la población muestral de la encuesta sólo incluye a las mujeres que residen en viviendas privadas y no a las que viven en centros de atención para personas con discapacidad.

⁷ Los asteriscos (*) denotan significación estadística.

3.3.2. Prevalencia en América Latina y el Caribe

En América Latina y el Caribe, la recopilación de datos sobre la VCMN con discapacidad es escasa. Como se señaló anteriormente (Sección 3.1), aunque la mayoría de los países de la región miden la prevalencia de la discapacidad, no formulan preguntas específicas sobre la violencia. Sólo la EDS 2015 de Colombia contiene información estadísticamente representativa sobre la violencia contra las mujeres con discapacidad y sigue las directrices internacionales para preguntas sobre la discapacidad y la violencia de género. La encuesta sobre la discapacidad en Chile representa un caso especial porque antes del 2005 incluía preguntas sobre la violencia, pero la variable fue eliminada en la versión más reciente de la encuesta (2015).

3.3.2.1. Datos sobre discapacidad: Chile

En cuanto a la recopilación de datos e indicadores estadísticos sobre la discapacidad en ALC, el primer Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC) de Chile en 2004 y el segundo en 2015 (EN-DISC II) fueron pioneros en la región. Según los resultados preliminares de 2015, en Chile habitan un total de 2 606 914 personas con discapacidad (20% de la población). El 11,7% de las discapacidades están clasificadas como leves a moderadas y el 8,3% como graves. Estos datos, sin embargo, no pueden compararse con los del primer estudio, ya que sólo el segundo se basa en la conceptualización y los acuerdos relativos a la forma de medir la discapacidad según la CNUDPD.

En cuanto a la dimensión de la violencia, solo la ENDISC 2004 incluyó una pregunta relacionada con ella. Según la ENDISC 2004⁸, el 13,28% (274 599) de las personas con discapacidad habrían sido víctimas de actos de violencia, y en los últimos 12 meses, una de cada ocho habría sufrido algún tipo de violencia física o verbal. Lamentablemente, este estudio no proporciona un análisis específico de la violencia contra la mujer.

“Según la ENDISC 2004 el 13,28 % de **las personas con discapacidad** habrían sido víctimas de violencia y en los últimos 12 meses 1 de cada 8 habría sufrido algún tipo de violencia física o verbal”

⁸ La pregunta se le formuló a una persona con discapacidad elegida al azar en el hogar seleccionado. Las preguntas se hicieron cara a cara, cuando el o la informante era capaz de responder por sus propios medios. Cuando esto último no era posible, se presentó el cuestionario a otro informante calificado.

3.3.2.2. Análisis de la violencia contra las mujeres con discapacidad: Colombia

Según la EDS 2015 de Colombia, el 9,8% informó tener una discapacidad⁹. La prevalencia de la discapacidad¹⁰ también aumenta con la edad (desde un 2,7% entre los 0-9 años hasta un 53% entre los mayores de 80 años).

Al desagregar los datos por sexo, la prevalencia de la discapacidad es mayor en mujeres (10,9%) que en hombres (8,6%). Las discapacidades

con mayor prevalencia entre las mujeres son las relacionadas con “ver de cerca, de lejos, alrededor” (7,4%); “desplazarse/caminar/subir escaleras” (2,6%); y “llevar a cabo tareas cotidianas sin padecer problemas cardíacos, respiratorios o renales” (1,3%). El patrón es similar, aunque más bajo en cada categoría, para los hombres con discapacidad (“ver de cerca, de lejos, alrededor”: 5.1%; “desplazarse/caminar/subir escaleras”: 1.8%; y “llevar a cabo tareas cotidianas sin padecer problemas cardíacos, respiratorios o renales”: 1,2%).

Violencia de pareja íntima. La encuesta de Colombia también indica que el 67% de las mujeres que han estado casadas o que han convivido con una pareja han sufrido al menos un tipo de violencia (psicológica, física, sexual o económica) por parte de su esposo o pareja a lo largo de su vida. En el caso de las mujeres con discapacidad en las mismas situaciones, la cifra aumenta al 72%.

⁹ La EDS 2015 de Colombia incluyó preguntas sobre las dificultades para (i) escuchar voces o sonidos; (ii) hablar y comunicarse; (iii) ver de cerca, de lejos, o alrededor; (iv) desplazarse, caminar o subir escaleras; (v) sostener cosas, utilizar los brazos o las manos; (vi) comprender, recordar, tomar decisiones; (vii) comer, vestirse, ducharse; (viii) relacionarse/interactuar con otras personas; y (ix) llevar a cabo tareas cotidianas sin padecer afecciones cardiovasculares/respiratorias. Estas preguntas debían responderse en función del nivel de esfuerzo requerido: (i) No, no puede; (ii) Sí, puede, con mucha dificultad; (iii) Sí, puede, con alguna dificultad; (iv) Sí, sin dificultad; y (v) No sabe. Una persona con discapacidad se define como aquella que se identifica con los dos primeros niveles de dificultad ((i) y (ii)) para realizar las actividades enunciadas.

¹⁰ Es importante señalar que los datos de la EDS 2015 de Colombia no miden el tamaño total de la población con discapacidad; por ejemplo, no incluyen a aquellos que viven en instituciones, como hospitales de cuidado a largo plazo, asilos de ancianos o prisiones.



Para todos los tipos de violencia, las mujeres que viven con una discapacidad presentan tasas de prevalencia más altas que aquellas que no viven con ellas (Recuadro 4). El tipo de violencia más frecuente es la psicológica, que afecta al 69% de las mujeres con discapacidad y al 63,9% de las mujeres sin discapacidad. Las mujeres con discapacidad declaran que su esposo o pareja las amenaza con abandonarlas con una tasa de prevalencia 4,5 veces mayor que la de las mujeres sin discapacidad. También reportan tasas más altas de sentirse ignoradas (38,8%) e insultadas (29,6%) que las mujeres sin discapacidad (27% y 20,6 %, respectivamente).

El segundo tipo de violencia con mayor prevalencia es la violencia física, que afecta al 31,9% de las mujeres colombianas en general,

frente al 42,2% de las mujeres con discapacidad. Entre los actos de violencia, los más frecuentes son “que el esposo/pareja la empuje, la zarandee o le arroje algo” (27,9% de las mujeres sin discapacidad contra el 38,7% de las mujeres con discapacidad), y “ser abofeteadas por el esposo/pareja” (20,8% de las mujeres sin discapacidad contra el 28,3% de las mujeres con discapacidad).

La violencia económica también es un problema para las mujeres colombianas con discapacidad, ya que una de cada cinco mujeres con discapacidad que ha estado casada o que mantiene una relación ha sufrido por lo menos un tipo de violencia económica. Esto representa más de nueve puntos porcentuales por encima de la prevalencia de la violencia económica entre las mujeres sin discapacidad, que es del 30,4%.

Recuadro 4. Violencia de pareja íntima y discapacidad

Tipo de violencia	Mujeres (%)	Mujeres sin discapacidad (%)	Mujeres con discapacidad (%)	Diferencia (puntos porcentuales)
Sexual	7,6	7,3	11,4	4,1*
Física	31,9	31,0	42,2	11,2*
Psicológica	64,1	63,6	69,0	5,4*
Económica	31,1	30,4	39,6	9,2*

Fuente: Estimaciones calculadas por el Banco Interamericano de Desarrollo, con base en la Encuesta Demográfica y de Salud 2015 de Colombia (Recuadro A1 expandido en el Anexo).

*Estadísticamente significativo con un 95% de confianza

Cuando los datos se desglosan por tipo de discapacidad (Recuadro A2 del Anexo), se observan pruebas de que las mujeres más vulnerables a la violencia sexual son las que tienen una discapacidad de tipo 4 (“dificultad para desplazarse,

caminar, escalar”). La prevalencia de la violencia sexual contra las mujeres con discapacidad de tipo 4 es seis puntos porcentuales más alta que la de las mujeres sin discapacidad, 13,6% frente a 7,6%, respectivamente¹¹. Para todos los otros tipos de violencia

física, las mujeres con discapacidad de tipo 1 (“escuchar sonidos y voces”), 6 (“entender y recordar”) y 8 (“relacionarse e interactuar”) tienen una probabilidad considerablemente mayor de ser víctimas de abuso.

¹¹ Esta es una diferencia estadísticamente significativa.



Violencia perpetrada por terceros. Las mujeres con discapacidad también son víctimas de la violencia a manos de otras personas. Los tipos más frecuentes de violencia ejercida por otra persona (en adelante, “terceros”) que no sea el esposo o la pareja son la psicológica (25,6%), seguida de la física (17,8%) y la sexual (7,6%).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud 2015 de Colombia, el 25,8% de las mujeres con discapacidad son víctimas de violencia psicológica ejercida por terceros; esta tasa de prevalencia es tres puntos porcentuales más alta que la de las mujeres sin discapacidad. El tipo más frecuente de violencia psicológica es “ser insultada o hacer que se sienta mal consigo misma”, que también es casi tres puntos más alta para las mujeres con discapacidad que para las mujeres sin discapacidad (19,7% y 17%, respectivamente).

La violencia física es la segunda forma más frecuente de violencia ejercida por terceros, afectando al 17,8% de las mujeres con discapacidad, en comparación con un 12,6% de las mujeres sin discapacidad. El agresor más común en la violencia física es “otro pariente que no es la madre o la hija” (5,2%).

Recuadro 5. Tipos de violencia ejercida por terceros ¹

	Mujeres (N=38 087) (%)	Mujeres sin discapacidad (N=35 667) (%)	Mujeres con discapacidad (N=2 420) (%)	Diferencia
Violencia sexual	4,6	4,4	7,6	3,2**
Forzada por alguien/su pareja a tener relaciones sexuales	4,5	4,3	7,5	3,2**
Obligada a tener relaciones sexuales para obtener dinero/beneficios para terceros	0,3	0,2	0,5	0,3**
Violencia física	13,0	12,6	17,8	5,1**
Violencia psicológica	22,8	22,6	25,6	3,1*
Alguien/su pareja se ha dirigido a usted de mala manera	17,2	17,0	19,7	2,7*
Alguien/su pareja no le permite ver a sus amigas	10,6	10,6	11,0	1,6
Alguien/su pareja limita el contacto con su familia	2,6	2,6	3,1	0,5
Acoso sexual	59,5	59,2	63,7	4,5**

Fuente: Estimaciones calculadas por el Banco Interamericano de Desarrollo, con base en la Encuesta Demográfica y de Salud 2015 de Colombia.

**Estadísticamente significativo con un 95% de confianza; *Estadísticamente significativo con un 90% de confianza.

¹ Este estudio considera la violencia doméstica como aquella que ocurre cuando la víctima vive con su pareja. Como tal, este recuadro considera la violencia ejercida por terceros, que incluyen a un novio o pareja que no vive con la víctima.

En general, aproximadamente el 7,6% de las mujeres con discapacidad han sido víctimas de violencia sexual al menos una vez en su vida; esta tasa de prevalencia es tres puntos porcentuales más alta que la de las mujeres sin discapacidad. Cuando se les preguntó quién era el agresor, las mujeres con discapacidad respondieron que los agresores más comunes eran parientes varones que no eran el padre, el padrastro ni los hermanos (25,3%), una tasa 12,6 puntos porcentuales más alta que la de las mujeres sin discapacidad. Además, las mujeres con discapacidad reportaron una tasa de prevalencia de acoso sexual 4,5 puntos porcentuales más alta que otras mujeres.



Denuncias de violencia. Menos del de la mitad de las mujeres que fueron víctimas de violencia buscaron ayuda (43,7%). En este caso, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con o sin discapacidad. La persona a quien la víctima recurrió con mayor frecuencia fue a su madre (50,3%) u otro miembro de la familia (35,6%).

En promedio, sólo el 20% de las mujeres colombianas que fueron víctimas de violencia lo denunciaron ante alguna institución. Los lugares donde más a menudo se presentaron denuncias formales fueron en una comisaría de familia¹² (39,8%), en la fiscalía (39,6%) y en otras dependencias policiales (24,4%).

¹² Una comisaría de familia es un organismo policial a nivel de distrito o municipal que tiene la misión de garantizar, restablecer o reparar los derechos de los miembros de una familia nuclear en casos de violencia.

Educación sobre los derechos sexuales y reproductivos. Cuando se les preguntó sobre la educación sexual, casi todas las mujeres (95%) respondieron que habían recibido información sobre temas relacionados con el sexo o la reproducción a lo largo de su vida. Si bien en promedio los datos muestran que las mujeres con discapacidad recibieron información en el mismo porcentaje que las mujeres sin discapacidad, al desglosarla por tema se observan algunas variaciones (Recuadro 6). Las mujeres con discapacidad tienen menos probabilidades de tener acceso a información relacionada con el autoconocimiento, con la mayor diferencia observada en lo que respecta a la pubertad: las mujeres sin discapacidad reciben esta información a una tasa del 82,5%, cinco puntos porcentuales más que las mujeres con discapacidad (78,3%).



También hay diferencias en los temas relacionados con la toma de decisiones sexuales, donde las mujeres con discapacidad tienen menos probabilidades de recibir información sobre la orientación sexual (65,1%) y el uso de preservativos (72,5%) que las mujeres sin discapacidad (70,7% y 77,7%, respectivamente).

Recuadro 6. Acceso a la educación sobre derechos sexuales y reproductivos y la discapacidad

	Mujeres (N=38 718) (%)	Mujeres sin discapacidad (N=36 245) (%)	Mujeres con discapacidad (N=2 473) (%)	Diferencia
Autoconocimiento				
• Funcionamiento de los órganos sexuales	77,8	78,1	75,9	-2,2**
• Cambios que se producen en la pubertad	82,2	82,5	78,3	-4,2**
• Cambios que se presentan en los ancianos	61,9	61,9	61,5	-0,4*
Relaciones interpersonales				
• Relaciones afectivas	63,5	63,7	60,6	-3,2%
• Comunicación afectiva y resolución de conflictos	66,8	67,0	64,8	-2,2%
• Igualdad de género	70,2	70,3	68,5	-1,8%
Toma de decisiones en materia de sexualidad				
• Placer y erotismo	44,3	44,4	43,1	-1,3%
• Orientación sexual	70,3%	70,7	65,1	-5,6**
• Exigir el uso del preservativo	77,3	77,7	72,5	-5,2**
Toma de decisiones en materia de reproducción				
• Tener o no tener hijos	71,3	71,6	67,2	-4,4**
• Uso de anticonceptivos	90,1	90,0	90,6	0,5%
• Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo	61,4	61,2	62,8	1,6%
Cuidado personal, mutuo y social				
• Prácticas de sexo seguro	61,2	61,2	61,6	0,4%
• Violencia de género	74,1	74,2	71,8	-2,4%
Derechos sexuales y reproductivos (DSR)				
• ¿A quién acudir para solicitar información sobre sexualidad?	52,7	52,8	51,7	-1,1%
• ¿Cuáles son los servicios y recursos de DSR disponibles?	42,1	42,4	39,0	-3,4%
• ¿Cuáles son los mecanismos para denunciar la violación de los derechos de DSR?	54,3	54,4	54,0	-0,4%

Fuente: Estimaciones calculadas por el Banco Interamericano de Desarrollo, con base en la Encuesta Demográfica y de Salud 2015 de Colombia

**Estadísticamente significativo con un 95% de confianza; *Estadísticamente significativo con un 90% de confianza.

3.4. Brechas en los marcos jurídicos e institucionales

Si bien la mayoría de los países de ALC han ratificado la CNUDPD y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y la mayoría tienen normas y leyes que protegen directa o indirectamente los derechos de las personas con discapacidad, solo unos pocos tienen leyes específicas que abordan la discapacidad y la violencia contra la mujer por igual. Por ejemplo,



Costa Rica y Uruguay han incorporado artículos específicos en sus leyes sobre discapacidad o violencia contra la mujer que fomentan el desarrollo de políticas relevantes en estas materias (PNUD, 2012). No obstante, lo anterior, en ALC el proceso de adecuar la legislación a ambas convenciones dista mucho de estar completo. Se necesitan mayores esfuerzos para modificar las leyes y aplicar los reglamentos a fin de implementar plenamente un marco jurídico sólido que proteja a las mujeres y niñas con discapacidad de la violencia y prestar servicios adecuados a las sobrevivientes de la violencia.

Existen diversas instituciones públicas en toda la región que velan por la protección de los derechos de las personas con discapacidad y de las mujeres. Para cumplir su mandato, muchos han elaborado instrumentos como los planes nacionales de acción para los derechos humanos de las personas con discapacidad, de la igualdad de género y/o de la eliminación de la violencia

contra las mujeres y niñas. Aunque estos marcos programáticos son una valiosa oportunidad para que los países promuevan políticas para proteger de la violencia a las mujeres y niñas con discapacidad, son poco precisos y carecen de acciones e indicadores que faciliten la implementación de las recomendaciones de la CNUDPD.

Por lo tanto, a pesar de los esfuerzos realizados por cada gobierno en cuanto a las problemáticas de la VCMN y la discapacidad, aún no se han homogeneizado los procesos de planificación y ejecución de los planes, programas y políticas públicas nacionales, entre ellos la asignación de fondos suficientes para aumentar la capacidad de abordar la VCMN con discapacidad de manera específica. Además, las acciones que los países están llevando a cabo en la actualidad están muy fragmentadas, lo que dificulta la coordinación y la creación de vínculos entre los organismos gubernamentales involucrados.

3.5. Brechas en la prestación de servicios

En toda la región de ALC, los servicios de respuesta ante la violencia disponibles para las mujeres y niñas con discapacidad son inexistentes o mínimos. Están limitados debido a desafíos como los siguientes:

3.5.1. Acceso limitado a refugios, centros de intervención, líneas de asistencia y terapias. Las mujeres con discapacidad a menudo quedan excluidas de los servicios existentes para las víctimas de violencia porque no existen disposiciones específicas para garantizar su acceso a ellos, tales como rampas, ascensores, materiales en braille, intérpretes de lenguaje de señas o teléfonos con subtítulos para mujeres sordas.

3.5.2. Falta de prestadores de servicios calificados. La mayoría de los prestadores de servicios para víctimas de la violencia no están calificados para atender las necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad. Las opciones de capacitación, las estructuras de apoyo y las directrices existentes son insuficientes para ayudar a los prestadores a identificar y abordar las diversas necesidades; por ejemplo, las personas con discapacidad intelectual pueden necesitar más tiempo para comunicar sus experiencias o establecer una relación de confianza con los prestadores¹³. Lo mismo se puede decir de los prestadores de servicios de salud: en una encuesta sobre la formación de los profesionales de la salud en los Estados Unidos, más del 80% de los estudiantes de las

facultades de medicina informaron no haber recibido ninguna formación clínica relacionada con las personas con discapacidad intelectual¹⁴.

3.5.3. Falta de protocolos claros para prevenir la VCMN con discapacidad. Los prestadores de servicios para personas con discapacidad deben reconocer y abordar el hecho de que se ejerce violencia dentro del sistema de servicios (Rau Barriga et al., 2017). Un estudio del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU, 2012) señala que, si bien algunos países informan que prestan especial atención a las necesidades de las mujeres y niñas con discapacidad en los programas y políticas que abordan la violencia de género, se dispone de muy poca información sobre las medidas

¹³ Para recomendaciones adicionales, refiérase a Shah, Balderston, y Woodin (s.f.).

¹⁴ Para la formación de profesionales de la salud, ver “Recursos” de las Olimpiadas Especiales en https://resources.specialolympics.org/Topics/Research/Program_Research_Toolkit/Training_of_Health_Professionals.aspx.

específicas que se han adoptado para prevenir dicha violencia dentro del sistema de servicios para personas con discapacidad. En el caso de las mujeres y niñas con discapacidad que están internadas en instituciones o que viven en alojamientos con asistencia, el informe describe una utilización insuficiente e inapropiada de los datos de los informes de inspección, y la falta de recursos para supervisar a las instituciones y para capacitar a los asistentes. Además, los informes presentados al Consejo de Derechos Humanos por las ONG y organizaciones de personas con discapacidad indican que estos esfuerzos aún son insuficientes e ineficaces, y que la falta de protocolos claros y de mecanismos de verificación es una brecha fundamental en la prestación de servicios para personas con discapacidad.

3.5.4. Subregistro de la violencia y falta de una respuesta adecuada por parte del sistema judicial. A pesar de que es probable que las personas con discapacidad se enfrenten a niveles elevados de riesgo de abuso, muchos delitos nunca son detectados por la policía. Un pequeño estudio cualitativo en el Reino Unido (Walter-Brice et al., 2012), que incluye entrevistas a cinco mujeres con discapacidad de aprendizaje, reveló que las mujeres experimentaban múltiples tipos de abuso por parte de sus parejas, muchos de ellos graves, que incluían el uso de armas de fuego; que el abuso, el acoso y las amenazas continuaban después de que terminara la relación; que las respuestas de la policía y de los servicios sociales eran mínimas; y que se dejaba a las mujeres desprotegidas (aunque los hijos eran apartados de sus madres).



3.5.5. Falta de apoyo en la atención médica sexual y reproductiva de las mujeres y niñas con discapacidad. Los estudios cualitativos (Lee et al., 2015) han demostrado que los prestadores de servicios a menudo no conocen bien las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad y no comprenden sus derechos de manera adecuada. Los



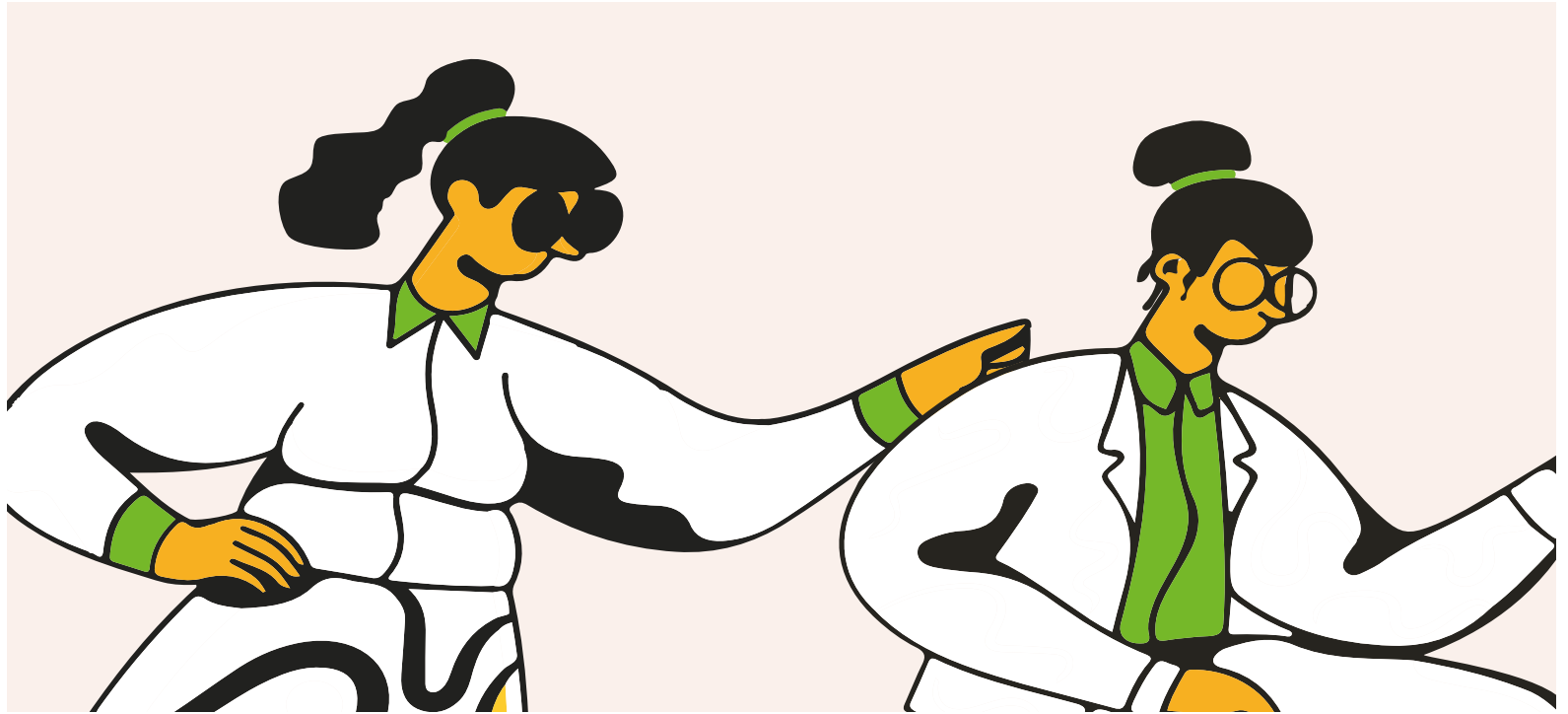
prestadores de servicios reciben muy poca formación en relación con la discapacidad y tienen un acceso limitado a los recursos que les permitirían prestar servicios que incluyan a las personas con discapacidad. Algunos prestadores de servicios tienen actitudes prejuiciosas hacia las mujeres con discapacidad que buscan servicios de salud sexual y reproductiva, lo que resulta en la discriminación basada en la discapacidad. Los prestadores de servicios tampoco suelen estar al tanto de los factores específicos que perjudican la salud de las mujeres con discapacidad, como la violencia y el abuso.

Como se menciona en la Sección 2.1, todos los países de la región de ALC

se han adherido a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esta convención reconoce que las mujeres y niñas con discapacidad a menudo enfrentan un mayor riesgo de violencia, y hace un llamado a todos los Estados miembros para que implementen las medidas apropiadas a fin de proteger a las personas con discapacidad de todas las formas de violencia y abuso, incluyendo el desarrollo y la aplicación de leyes y políticas centradas en las mujeres y los menores de edad. En la región de ALC, algunos países se esfuerzan por mejorar sus marcos jurídicos, así como por crear y aplicar planes nacionales que incluyan medidas para proteger a las mujeres con discapacidad de la violencia de género y proporcionarles servicios de salud sexual y reproductiva adecuados.

4

Asuntos clave y prácticas prometedoras



4.1. Marcos jurídicos e institucionales en ALC que abordan la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad

4.1.1. Uruguay

Uruguay ha dado ejemplo en la región con la promulgación de la “Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género” (Ley N.º 19 580, 2018¹⁵), que propone acciones específicas para niñas y adolescentes, mujeres mayores y mujeres con discapacidad. Entre las acciones más innovadoras que favorecen a las mujeres con discapacidad, la ley incluye las siguientes:

¹⁵ Promulgada el 22 de diciembre de 2017 y publicada el 9 de enero de 2018.

- El derecho de las víctimas de violencia a tener acceso a un intérprete, a la adaptación del lenguaje o a la comunicación aumentativa, así como a otros apoyos necesarios y ajustes razonables, a fin de garantizar sus derechos cuando viven con alguna discapacidad.



- La generación de estándares mínimos de calidad para la detección y tratamiento de la violencia, a fin de asegurar que las acciones conducentes a fortalecer la autonomía de las mujeres tomen en cuenta su diversidad en términos de edad, orientación sexual, identidad de género, origen étnico y racial, discapacidad, y creencias.
- El desarrollo de protocolos para asegurar que todos los profesionales de la salud tengan una formación continua en la prevención de la violencia y en la atención y rehabilitación de las víctimas de violencia, teniendo en cuenta la variable de la discapacidad.
- El desarrollo e intercambio de información y materiales sobre la prevención, resguardo y preservación de pruebas en situaciones de violencia de género ejercida contra mujeres con discapacidad.
- El fortalecimiento de los mecanismos y procesos de denuncia e investigación de la violencia de género ejercida contra las mujeres con discapacidad,

incorporando la perspectiva de la discapacidad en los programas, planes, acciones y protocolos de las instituciones pertinentes.

- El diseño de protocolos, guías y manuales de intervención policial relacionados con la violencia contra la mujer, teniendo en cuenta las necesidades especiales de las mujeres con discapacidad.
- La provisión de información para las mujeres con discapacidad, sus familias, asistentes personales y la población en general, con el objetivo de prevenir, reconocer y denunciar la violencia contra las mujeres con discapacidad.
- El desarrollo de acciones que garanticen el respeto de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad, asegurando que tengan acceso a la información adecuada para su edad; los medios necesarios para que puedan ejercer sus derechos; y los medios para

enseñar a otros a respetar su derecho a ejercer su sexualidad, su capacidad reproductiva, su identidad de género y su orientación sexual.

- La prestación de asistencia adecuada a las mujeres con discapacidad para que puedan cumplir con sus responsabilidades como madres y garantizar que en ningún caso se separe a un niño, niña o adolescente de su madre debido a la discapacidad del niño, de la madre o de ambos.

El Programa Nacional de Discapacidad de Uruguay se compromete a prevenir la violencia de género y la violencia basada en la vulnerabilidad de las personas con discapacidad. Su objetivo es desarrollar e implementar acciones para mejorar la autonomía, la autoestima y la maternidad y paternidad responsable. El PRONADIS coordina estas acciones con el Ministerio de Salud Pública; el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y la Secretaría de la Mujer (Intendencia de Montevideo);

la Secretaría de Gestión Social para la Discapacidad de la Municipalidad de Montevideo; y organizaciones de la sociedad civil; así como organizaciones internacionales como la ONU Mujeres, la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. La página web del PRONADIS ofrece a las mujeres con discapacidad herramientas y recursos para ayudarles a conocer y ejercer sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, así como para detectar y denunciar la violencia de género.

4.1.2. Costa Rica

La Ley N.º 7600 de Costa Rica, “Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad” (promulgada el 29 de mayo de 1996), incluye como uno de sus principales objetivos el proteger a las personas con discapacidad que son víctimas de violencia física, emocional o sexual que han sido desatendidas, que no tienen familia, o que han sido abandonadas por sus



familiares, proporcionándoles el acceso a servicios que les permitan ejercer su autonomía y desarrollar su vida con dignidad. En su artículo 19, el marco normativo de la ley establece que el Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia debe formular políticas para prevenir y abordar los casos de violencia doméstica ejercida contra las personas con discapacidad.

4.1.3. México

El Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018 de México incluye una estrategia (N.º 6.5) que promueve la acción afirmativa para proteger a las mujeres con discapacidad contra cualquier tipo de violencia o abuso de sus derechos. La estrategia incluye: (i) la promoción de albergues con infraestructura adaptada; (ii) el desarrollo de programas y acciones para prevenir la violencia contra las mujeres con discapacidad, protegerlas y brindarles los servicios necesarios; (iii) el apoyo a la sociedad civil para promover el respeto hacia las personas con discapacidad, permitiendo el ejercicio de sus derechos; (iv) el desarrollo de mecanismos que permitan denunciar los actos de violencia y discriminación

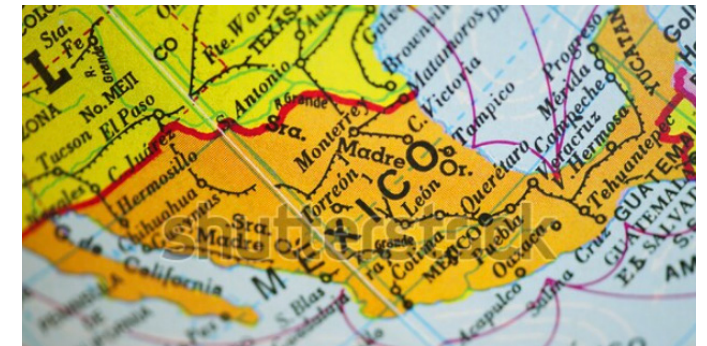
contra las mujeres, las niñas y las mujeres de la tercera edad que viven con una discapacidad; y (v) la comunicación y la disseminación de información acerca de los servicios y las organizaciones de asistencia y asesoría legal y de defensa de los derechos humanos en materia de la discapacidad, la discriminación y la violencia.

Los avances y logros del programa incluyen los siguientes:¹⁶

- En la actualidad, el gobierno orienta a las mujeres con discapacidad a través del Módulo de Gestión Social de su Instituto Nacional de las Mujeres, que las deriva a organizaciones públicas, privadas y civiles para que reciban apoyo legal, psicológico y médico. Hasta la fecha, el instituto ha prestado 33 servicios de asesoramiento a 12 mujeres con discapacidad física, 1

con discapacidad psicosocial, 12 con discapacidad visual y 6 con discapacidad auditiva.

- La Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM) ha puesto en marcha una campaña de comunicación para promover los derechos de las mujeres con discapacidad. La Comisión también ha adaptado su página web para facilitar su uso por las personas con discapacidad.



¹⁶ Para más información, véase CONADIS (2016).

- El Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) ha llevado a cabo 1238 acciones preventivas a favor de y 654 respuestas a las mujeres con discapacidad que han sido víctimas de violencia.
- La División de Igualdad de Género de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Educación Pública (SEP) ha lanzado varias campañas de comunicación sobre igualdad de género, derechos humanos, erradicación de la violencia

y educación sexual integral, utilizando contenidos e imágenes de personas con discapacidad.

- El Instituto Nacional de Desarrollo Social ha implementado cuatro talleres de cuatro horas cada uno sobre violencia de género y derechos humanos para menores de edad en las municipalidades de La Paz, Los Cabos y Baja California Sur, beneficiando a 85 menores de edad (21 niñas y 64 niños) con discapacidad auditiva.



4.1.4. Argentina

El Plan Nacional para las Personas con Discapacidad¹⁷ de Argentina incluye los siguientes objetivos:

- Promover la sensibilización para prevenir la violencia contra las mujeres con discapacidad. El objetivo de esta actividad es asegurar que los materiales de comunicación sobre la violencia de género se pongan a disposición de las mujeres con discapacidad.
- Modificar la línea directa de ayuda 144 para garantizar que las mujeres con discapacidades auditivas puedan comunicarse.
- Elaborar una guía sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y la violencia.

¹⁷ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional_discapacidad_texto_04-2018.pdf

4.2 Buenas prácticas emergentes a nivel global

Sibien a nivel mundial hay pocas iniciativas de prevención de la violencia concebidas para las mujeres con discapacidad, las intervenciones existentes no demuestran una clara disminución de la incidencia de la violencia ni la mitigación de los factores de riesgo. Aún queda mucho trabajo por realizar en este ámbito, con diversos aspectos a considerar en el desarrollo de futuras intervenciones, incluyendo los siguientes (Van Der Heijden, 2017):

- Las intervenciones deben basarse en la evidencia y en la teoría, en términos de analizar los factores que aumentan el riesgo de violencia contra las mujeres con discapacidad.
- Las intervenciones deben centrarse en los prestadores de servicios y asistentes personales, no solo como protectores sino también como posibles agresores.
- Los servicios sociales y los organismos pertinentes deben

concientizar respecto a los diversos tipos de violencia, como impedir el uso de sillas de ruedas u otros dispositivos de asistencia; el exceso o la falta de medicamentos; la desatención o negativa a prestar ayuda; o el uso indebido de los subsidios de asistencia social por parte de los miembros de la familia.

- Los prestadores de servicios deben elaborar protocolos o directrices obligatorios para garantizar que todos los casos de violencia o sospechosos se identifiquen e investiguen adecuadamente.
- Los beneficiarios de los servicios deben participar en el desarrollo de las estrategias de intervención.
- Las intervenciones deben incluir el desarrollo de la resiliencia de las mujeres y niñas con discapacidad mediante su empoderamiento social y económico, para que puedan cuidar de su propia salud incluyendo la educación sexual y la salud reproductiva y llegar a ser económicamente independientes.

- Las intervenciones deben deslegitimar los mitos sociales y culturales relacionados con el estigma de la discapacidad y los estereotipos de género; por ejemplo, las intervenciones de-ben enviar un mensaje claro de que una mujer o niña con discapacidad tiene derecho a denunciar si es atacada por haberse negado a tener relaciones sexuales con su pareja íntima.
- Las estrategias deben garantizar que las mujeres con discapacidad puedan acceder a su entorno de forma segura.

El programa global emblemático del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, “What Works to Prevent Violence” (Lo que funciona para prevenir la violencia), presenta un análisis de nueve intervenciones cuyo objetivo es prevenir el abuso o la violencia contra las mujeres con discapacidad. Se hace hincapié en fomentar la sensibilización y las habilidades de las mujeres con discapacidades del desarrollo o intelectuales. El programa se impartió a las mujeres de forma colectiva, e incluyó a algunos de los asistentes y prestadores de servicios. Los resultados demuestran que

ninguna de las intervenciones, muchas de las cuales carecían de una evaluación de impacto suficientemente rigurosa, ha logrado reducir la incidencia de la violencia. Sin embargo, se espera que los resultados de este primer esfuerzo conduzcan a enfoques más prometedores, tres de los cuales se describen a continuación:

- El “A Safety Awareness Program (ASAP) for Women with Disabilities” (Programa de Concientización de Seguridad para Mujeres con Discapacidad) es un programa psicoeducativo en los Estados Unidos que se imparte por pares. Consiste en ocho clases educativas e interactivas semanales de dos horas y media de duración, cuyo objetivo es aumentar el conocimiento sobre la seguridad de las mujeres con discapacidad en lo que se refiere al abuso además de fomentar conductas que promuevan su seguridad (NIJ, 2017). El personal de ASAP educa y capacita a profesionales (por ejemplo,

a los prestadores de servicios para personas con discapacidad, al personal de las instituciones contra la violencia doméstica y sexual, y al personal de la justicia penal) para que promuevan la conscientización sobre la violencia sexual y doméstica contra las mujeres con discapacidad y la prevengan. El personal del programa también ofrece asistencia técnica o consultorías a personas y organizaciones que buscan información y orientación para reducir los riesgos de abuso contra las personas con discapacidad o para aumentar la accesibilidad de las instituciones o programas de servicios para las sobrevivientes de abuso que viven con una discapacidad.

- Los hallazgos sugieren que el ASAP podría mejorar los factores de protección, incluyendo la conciencia sobre el abuso, el conocimiento sobre el abuso y la seguridad, las habilidades de seguridad, la autoeficacia en

materia de seguridad, el apoyo social, y las conductas que promueven la seguridad en las mujeres con discapacidad. Si bien los grupos de intervención y control no presentaron diferencias en ninguna de las medidas durante la prueba inicial, el grupo de intervención obtuvo una puntuación significativamente mejor en las pruebas posteriores, en



el seguimiento, o en ambos puntos temporales para cada factor de protección medido. Las diferencias entre las mujeres que participaron en ASAP for Women y las que no lo hicieron fueron generalmente mayores en la evaluación posterior a la prueba, y las diferencias significativas entre los grupos se mantuvieron en la evaluación de seguimiento a los seis meses para la mayoría de las mediciones (Robinson-Whelen et al., 2014).

- El programa de los Estados Unidos “Effective Strategy-Based Curriculum for Abuse Prevention and Empowerment (ESCAPE) for Adults with Developmental Disabilities (ESCAPE-DD)”¹⁸ (Plan de estudios efectivo basado en estrategias para la prevención del abuso y para el empoderamiento-ESCAPE-de adultos con discapacidades del desarrollo -ESCAPE-DD), evaluado por Hickson

et al. (2015), se centró en la capacidad de los adultos/as con discapacidades intelectuales y del desarrollo para tomar decisiones en situaciones hipotéticas de abuso. Cincuenta y ocho mujeres y hombres con discapacidades del desarrollo intelectual fueron agrupados aleatoriamente en un grupo de



intervención o en un grupo de control en lista de espera. Los participantes en la intervención ESCAPE-DD lograron avances significativamente mejores en las mediciones de la toma efectiva de decisiones en general y de la toma de decisiones “seguras” en comparación con los participantes en el grupo de control (84% contra 63%).

- Desde 2005, las evaluaciones de impacto de ESCAPE han utilizado tres escalas diferentes para evaluar el desempeño en la toma de decisiones antes y después de la capacitación: la Escala de Videos para la Toma de Decisiones Sociales-Interpersonales, la Escala para la Toma de Decisiones Interpersonales Sociales Autónomas, y la Escala Interno-Externa de Nowicki-Strickland (Khemka, Hickson, y Reynolds, 2005). Los participantes en el grupo de tratamiento responden a las diversas viñetas relacionadas con situaciones interpersonales de abuso

¹⁸ El programa ESCAPE ha tenido tres iteraciones: ESCAPE (Khemka y Hickson, 2002), ESCAPE-DD (Khemka y Hickson, 2008) y ESCAPE NOW. La estructura del plan de estudios incluye 12 lecciones de instrucción y 6 sesiones de grupos de apoyo comprendidas en tres unidades generales: Comprensión del Abuso y Auto-Empoderamiento; Capacitación en Estrategias para la Toma de Decisiones; y Sesiones de Grupos de Apoyo.

psicológico, físico y sexual después de haber sido capacitados para la toma de decisiones. Aunque el plan de estudios y las investigaciones de ESCAPE son innovadores y rigurosos, también tienen limitaciones. Una de ellas es que, aunque los autores presentan los resultados en términos de su impacto en el conocimiento, la toma de decisiones y el empoderamiento, hasta ahora ESCAPE ha sido evaluado con muestras relativamente pequeñas, lo que dificulta la medición de los resultados con significación estadística. Además, la intervención no evaluó el tema más apremiante: si el programa disminuyó o no la victimización por abuso sexual.

- Robinson-Whelen et al. (2010) estudiaron el impacto del “Safer and Stronger Program” (SSP) (Programa Más Seguras y Más Fuertes) en la sensibilización sobre el abuso, la autoeficacia en materia de seguridad y las conductas que promueven la seguridad entre las mujeres con discapacidad en los Estados Unidos. El SSP es una herramienta de evaluación computarizada que ofrece un método accesible y anónimo para que las mujeres con discapacidad se autoevalúen para detectar la violencia de pareja íntima, revelando su

exposición al abuso, describiendo las características de su agresor principal e informando sobre su uso de conductas que fomentan la seguridad. Con una muestra total de 305 mujeres, los hallazgos sugieren que el SSP puede aumentar significativamente la sensibilización al abuso; el SSP aumentó la conciencia del abuso entre las mujeres que reportaron poco o nada de abuso en el último año, aunque no entre las participantes que reportaron haber sufrido experiencias de abuso sexual, físico o múltiple en el último año, quienes ya contaban con un alto nivel de conciencia. Sin embargo, no se detectó ningún efecto medible entre las participantes sobre la autoeficacia en materia de seguridad o las conductas que promueven la seguridad.



Además de los ejemplos citados anteriormente, se están llevando a cabo estudios más amplios con diseños experimentales para evaluar la eficacia de las intervenciones de prevención del abuso sexual. Por ejemplo, un ensayo controlado aleatorio diseñado por Chodan, Häbller y Reis (2017) inscribirá a 120 niñas con discapacidad intelectual leve de entre 8 y 12 años de edad, procedentes de escuelas especiales en Alemania, para que participen en un programa estructurado de formación grupal, “Emma Untouchable” (Emma Intocable). La intervención incluirá ejercicios terapéuticos conductuales y



elementos psicoeducativos. Después de la aleatorización en bloque, se examinarán los efectos del programa de prevención en un diseño de seguimiento controlado por cuatro veces. Las habilidades preventivas se evaluarán en términos de cambios individuales en las mediciones del conocimiento, informes verbales del comportamiento anticipado, juegos de roles y sondeos en el lugar. Los autores afirman que este estudio será el primer ensayo controlado aleatorio sobre la efectividad de un programa de prevención para niñas con discapacidad intelectual, utilizando mediciones de resultados válidas con una muestra grande.

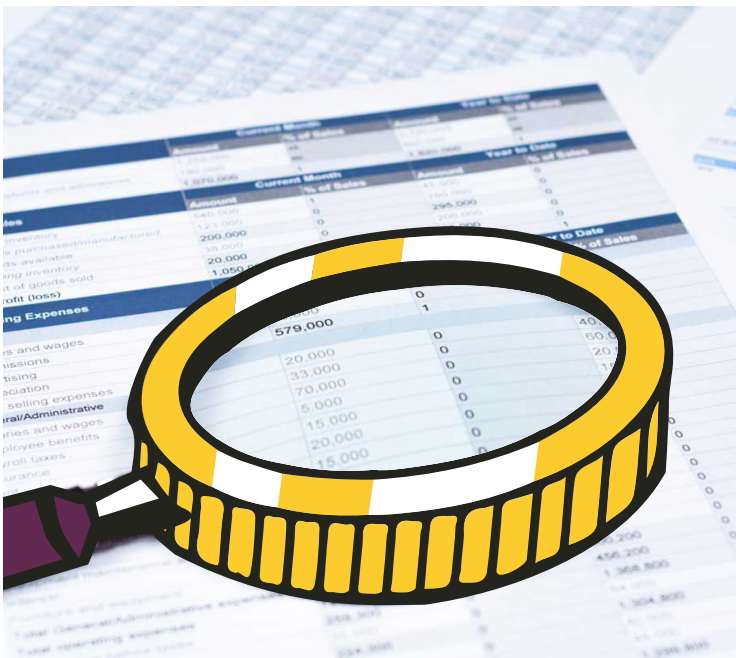
Conclusiones

Este informe revisa los conceptos, la prevalencia, los riesgos, los datos, los marcos legales e institucionales, y las intervenciones basadas en la evidencia para prevenir la VCMN con discapacidad. Cuando el género se topa con la discapacidad, ambos exacerban la vulnerabilidad a la violencia, que puede ocurrir dentro de las relaciones interpersonales, los hogares, las instituciones y la comunidad. La evidencia muestra que las mujeres y niñas con discapacidad encuentran barreras para acceder a la información y a los servicios. Por lo general, estos desafíos son el resultado de la falta de información y de las actitudes de la sociedad, incluyendo las de los administradores públicos, los profesionales de la salud y otros prestadores de servicios. Además, el acceso a los servicios preventivos que abordan la violencia contra la mujer, como los programas e instituciones para



combatir la violencia doméstica y el abuso sexual, los servicios jurídicos y los sistemas de atención médica, sobre todo en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, es limitado.

Las investigaciones sobre la VCMN que contienen datos desagregados son escasas. Por lo general, las encuestas en ALC no se llevan a cabo con tamaños muestrales lo suficientemente grandes como para generar hallazgos estadísticamente significativos para esta subpoblación. Por lo tanto, la mayoría de las investigaciones existentes son cualitativas, a menudo basadas únicamente en entrevistas con mujeres individuales. La escasez de programas basados en la evidencia para prevenir la violencia contra las mujeres con discapacidad ilustra un problema mayor en toda la región de ALC: existen brechas importantes en los servicios de prevención de la violencia contra las mujeres con discapacidad, tanto en la práctica como en la investigación. Los países deben seguir desarrollando e incorporando metodologías de evaluación rigurosas en la planificación e implementación de sus programas. Dados estos desafíos, se formulan las siguientes recomendaciones:



Recomendación 1: Apoyar la recopilación y publicación de datos sobre la VCMN con discapacidad a nivel nacional y subnacional.

a. Apoyar la recopilación de datos a través de censos de población y encuestas, utilizando las normas del Módulo de Discapacidad de las EDS y el estudio de la OMS (OMS, 2005). Esto podría incluir el financiamiento de tamaños muestrales más grandes en las futuras encuestas EDS sobre discapacidad o sobre la violencia contra la mujer.

b. Ampliar y mejorar la calidad, integridad e interconectividad de las bases de datos administrativas, especialmente en lo que respecta al reporte sobre la VCMN con discapacidad en los sistemas de salud y justicia, y la clasificación de las víctimas de femicidios de manera tal que se incluya la variable de la discapacidad.

c. Ampliar los sistemas de indicadores estandarizados actuales y realizar estudios a nivel de país sobre el alcance y la causa de los problemas.

Recomendación 2: Incorporar a las mujeres y niñas con discapacidad como beneficiarias específicas en las operaciones que invierten directamente en la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, como los servicios integrados para mujeres o los programas Ciudad Mujer.¹⁹

a. Fortalecer la articulación, coordinación y relación entre los centros de Ciudad Mujer y los organismos territoriales pertinentes en la prestación de servicios para incluir plenamente a las mujeres y niñas con discapacidad. Hacer ajustes razonables a los servicios y centros existentes; en el caso de centros nuevos, utilizar los principios de diseño universal para asegurar que todas tengan acceso a ellos.

Recomendación 3: Abordar la VCMN con discapacidad en las operaciones de reforma de políticas.

a. Fortalecer los marcos de las políticas y los planes de acción nacionales para incluir medidas destinadas a abordar el problema de la VCMN con discapacidad mediante la concesión de préstamos basados en las políticas.

b. Ampliar las leyes, las políticas, las estrategias y los planes de acción nacionales y subnacionales para incorporar ajustes razonables en las disposiciones o los mecanismos existentes para proteger a las mujeres y niñas con discapacidad, y para ampliar los servicios que abordan la violencia contra la mujer a los que tienen acceso.

Mejorar la coordinación multisectorial, la coordinación entre niveles de gobierno y la información para la toma de decisiones.



¹⁹ Se trata de una innovadora línea de operaciones (ES-L1056, HO-L1117 y DR-L1080) que promueve el empoderamiento de la mujer y ofrece servicios clave a las mujeres bajo un mismo techo, proporcionando un entorno seguro y servicios integrados y de alta calidad.

Recomendación 4: Integrar la atención a la VCMN con discapacidad en las operaciones destinadas a mejorar la seguridad pública y prevenir la violencia contra las mujeres.

a. Abordar las necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad en el marco de las intervenciones destinadas a aumentar la seguridad de las mujeres y niñas en el transporte urbano y las operaciones de desarrollo urbano mediante el diseño de infraestructuras y servicios con acceso universal.

b. Apoyar las soluciones que fomenten y faciliten la denuncia de la VCMN con discapacidad, al mismo tiempo

reforzando la capacidad del sistema judicial.

c. Apoyar los servicios judiciales innovadores (incluyendo las ventanillas únicas), la asistencia judicial y los tribunales que proporcionen ajustes razonables para garantizar que las mujeres y niñas con discapacidad puedan acceder a la justicia a la que tienen derecho. Apoyar el desarrollo de políticas y estrategias dentro de las prisiones para asegurar que se implementen ajustes razonables para las mujeres con discapacidad

Recomendación 5: Incluir un enfoque específico sobre las mujeres y niñas

con discapacidad en las operaciones de protección social, atención médica y servicios de asistencia personal.

a. Proporcionar capacitación y protocolos, con mecanismos de verificación apropiados, a los prestadores de servicios de cuidado infantil y de ancianos y a los profesionales de la salud para que puedan detectar, ayudar a prevenir y ofrecer servicios con ajustes razonables en los casos de violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad.

c. Apoyar la prevención de la transmisión intergeneracional de la VCMN con discapacidad a través de programas de crianza positiva.



d. Mejorar el acceso a la educación y a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas con discapacidad. El aumento del conocimiento y del acceso a estos servicios por parte de prestadores sensibilizados a las necesidades y vulnerabilidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad puede ser un factor de protección frente al abuso sexual.

Recomendación 6: Fortalecer la base de conocimientos sobre la VCMN con discapacidad en la región mediante la generación de pruebas rigurosas sobre la eficacia de las intervenciones.

- a.** Mapear las prácticas prometedoras existentes que están armonizadas con la CNUDPD.
- b.** Apoyar programas piloto o intervenciones dentro de los programas existentes con evaluaciones de impacto más rigurosas.

Referencias

ACNUDH (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos). 2006. "Convention on the Rights of Persons with Disabilities." Ginebra: ACNUDH. www.ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/conventionrightspersonswithdisabilities.aspx.

Berlinski, S., Duryea, S., Castillo, A. y Freitas, L. (de próxima publicación, 2019). Measuring Disability in Latin America and the Caribbean.

BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 2010. "Operational Policy on Gender Equality in Development." 3 de noviembre. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35428399>.

Breiding, M. J. y B. S. Armour. 2015. "The Association between Disability and Intimate Partner Violence in the United States." *Annals of Epidemiology* 25(6): 455-457. Disponible en [www.annalsofepidemiology.org/article/S1047-2797\(15\)00127-1/fulltext](http://www.annalsofepidemiology.org/article/S1047-2797(15)00127-1/fulltext).

Brownridge, D. 2006. "Partner Violence against Women with Disabilities. Prevalence, Risk, and Explanations." *Violence against Women* 12(9): 805-822. Disponible en <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801206292681>.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2011. América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas. Disponible en http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/420/Art_SchkolnikS_AmericaLatinaMedicion_2011.pdf?sequence=1

—. 2014. "Informe Regional sobre la Medición de la Discapacidad: Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe." LC/L.3860(CE.13/3). 24 de julio. Conferencia sobre Estadísticas de las Américas. CEPAL. Disponible en www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/informe-regional-sobre-la-medicion-de-la-discapacidad.pdf.

Chodan, W., F. Häßler, y O. Reis. 2017. "A Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of a Sexual Abuse Prevention Programme for Girls with Intellectual Disabilities: Study Protocol." *Translational Developmental Psychiatry* 5(1): 1407192. DOI:10.1080/20017022.2017.1407192.

CONADIS (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad). 2016. “Logros del CONADIS en 2016.” Disponible en www.gob.mx/conadis/videos/conadis-logros-2016.

Dahlberg L. L. y E. G. Krug. 2002. “Violence: A Global Public Health Problem.” En: E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, y R. Lozano (eds.). World Report on Violence and Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1-56. Disponible en www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf.

Dowse, L., K. Soldatic, J. Spangaro, y G. van Toorn. 2016. “Mind the Gap: The Extent of Violence against Women with Disabilities in Australia.” Australian Journal of Social Issues 51(3): 341-359. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.1839-4655.2016.tb01235.x>.

Ellsberg M. y L. Heise. 2005. Researching Violence against Women: A Practical Guide for Re-searchers and Activists. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud, PATH. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42966/9241546476_eng.pdf;jsessionid=078DE8DB01503F4C50586712E8BE1CAC?sequence=1.

GoC (Gobierno de Canadá). 1993. Health and Welfare Canada. Ottawa: Secretariado del Consejo del Tesoro de Canadá, Gobierno de Canadá.

Hickson, L., I. Khemka, H. Golden, y A. Chatzistyli. 2015. “Randomized Controlled Trial to Evaluate an Abuse Prevention Curriculum for Women and Men with Intellectual and Developmental Disabilities.” American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities 120(6): 490–503. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26505870.

Hughes, K., M. A. Bellis, L. Jones, S. Wood, G. Bates, L. Eckley et al. 2012. “Prevalence and Risk of Violence against Adults with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies.” The Lancet 379(9826): 1621-1629. Disponible en [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61851-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61851-5/fulltext).

Jones, L. M. A. Bellis, S. Wood, K. Hughes, E. McCoy, L. Eckley et al. 2012. “Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies.” The Lancet 380(9845): 899-907. Disponible en [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60692-8/fulltext?code=lancet-site&rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60692-8/fulltext?code=lancet-site&rss=yes).

Khemka, I. y L. Hickson. 2002. “ESCAPE: An Effective Strategy-Based Curriculum for Abuse Prevention and Empowerment.” Centro de Oportunidades y Resultados para Personas con Discapacidades, Teachers College, Universidad de Columbia.

- Khemka, I. y L. Hickson. 2008. "ESCAPE-DD: An Effective Strategy-Based Curriculum for Abuse Prevention and Empowerment for Adults with Developmental Disabilities." Centro de Oportunidades y Resultados para Personas con Discapacidades, Teachers College, Universidad de Columbia.
- Khemka, I., L. Hickson, y G. Reynolds. 2005. "Evaluation of a Decision-Making Curriculum Designed to Empower Women with Mental Retardation to Resist Abuse." *American Journal on Mental Retardation* 110: 193-204.
- la Rivière Zijdel, L. 2004. "Disabled Women and Non-Disabled Women, Strategies of Action within the European Context." Citado en el Parlamento Europeo de 2006. European Parliament Resolution on the Situation of People with Disabilities in the Enlarged European Union: The European Action Plan 2006-2007.
- LCD (Leonard Cheshire Disability). 2014. "Realising the Rights of Women and Girls with Disabilities." Reunión informativa sobre políticas. Marzo. www.leonardcheshire.org/sites/default/files/Women_and_girls_with_disabilities_0.pdf.
- Lee, K., A. Devine, M. J. Marco, J. Zayas, L. Gill-Atkinson, y C. Vaughan. 2015. "Sexual and Reproductive Health Services for Women with Disability: A Qualitative Study with Service Providers in the Philippines." *BMC Women's Health* 5: 87. Disponible en <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-015-0244-8>.
- Mohapatra, S. y M. Mohanty. 2004. Abuse and Activity Limitation: A Study on Domestic Violence against Disabled Women in Orissa, India. Oxfam (India) Trust. Disponible en <http://swabhiman.org/userfiles/file/Abuse%20and%20Activity%20Limitation%20Study.pdf>
- NIJ (Instituto Nacional de Justicia). 2017. "Program Profile: A Safety Awareness Program (ASAP) for Women with Disabilities." Crime Solutions.gov. Disponible en www.crimesolutions.gov/ProgramDetails.aspx?ID=571.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2001. Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence against Women. WHO/FCH/GWH/01.1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en www.who.int/gender/violence/womenfirtseng.pdf.
- _____. 2005. WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses. Informe resumido. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43310/9241593512_eng.pdf;jsessionid=E8F3423538D8F029429307E8F3DD59E0?sequence=1.

_____. 2013. Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1.

OMS (Organización Mundial de la Salud) y Banco Mundial, 2011. Global Report on Disabilities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.

ONU (Naciones Unidas). 2012. “Thematic Study on the Issue of Violence against Women and Girls and Disability: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.” 30 de marzo. Consejo de Derechos Humanos, 20º período de sesiones (Temas 2 y 3 del programa). www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.20.5.pdf.

_____. 2013. Neglect, Abuse and Violence against Older Women. ST/ESA/351. Nueva York: División de Política Social y Desarrollo Social de las Naciones Unidas. Disponible en www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/neglect-abuse-violence-older-women.pdf.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2012. Compendio de Legislación sobre Discapacidad, Marco Internacional, Interamericano y de América Latina. México: PNUD. www.larediberoamericana.com/wp-content/uploads/2012/07/Compendio-leyes-discapacidad-en-AmL.pdf

Rau Barriga, S. J. Buchanan, E. Cerimovic, y K. Sharma. 2017. “Children with Disabilities: Deprivation of Liberty in the Name of Care and Treatment.” 7 de marzo. Nueva York: Human Rights Watch.

Robinson-Whelen, S. R. Hughes, L. E. Powers, y M. Oswald. 2010. “Efficacy of a Computerized Abuse and Safety Assessment Intervention for Women with Disabilities: A Randomized Controlled Trial.” *Rehabilitation Psychology* 55(2): 97-107. Disponible en www.researchgate.net/publication/44625045_Efficacy_of_a_Computerized_Abuse_and_Safety_Assessment_Intervention_for_Women_With_Disabilities_A_Randomized_Controlled_Trial.

Robinson-Whelen, S., R. Hughes, J. Gabrielli, E. M. Lund, W. Abramson, y P. R. Swank. 2014. “A Safety Awareness Program for Women with Diverse Disabilities: A Randomized Controlled Trial.” *Violence Against Women* 20(7): 846-68. Disponible en <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801214543387>.

Roeher Institute. 1993. "Answering the Call: The Police Response to Family and Care-giver Violence against People with Disabilities." Ontario: Roeher Institute.

Shah, S. S. Balderston, y S. Woodin. (s.f.). "Project: Access to Support Services and Protection for Disabled Women Who Have Experienced Violence. Results and Recommendations Brochure for Service Providers and Policy Makers." Folleto cofinanciado por la Comisión Europea y realizado en colaboración con universidades, prestadores de servicios y mujeres con discapacidad en cua-tro países europeos: Austria, Alemania, Islandia y el Reino Unido. Disponible en www.gla.ac.uk/media/media_394350_en.pdf

Sobsey, D. 1994. Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities: The End of Silent Ac-ceptance? Baltimore: Paul H. Brookes Pub. Co.

Ticoll, M. 1994. Violence and People with Disabilities: A Review of the Literature. Ottawa: División de Prevención de la Violencia Familiar, Ministerio de Salud de Canadá, Gobierno de Canadá. Dis-ponible en <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H72-21-123-1994E.pdf>.

.Van Der Heijden, I. 2017. "What Works To Prevent Violence against Women with Disabilities?"

Walter-Brice A., R. Cox, H. Priest, y F. Thompson. 2012. "What Do Women with Learning Disabilities Say about Their Experiences of Domestic Abuse within the Context of Their Intimate Partner Re-lationships?" Disability and Society 27(4): 503-517. Disponible en www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687599.2012.659460?src=recsys.

Westcott, H. 1993. Abuse of Children and Adults with Disabilities. Londres: Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad contra los Niños.

Williams, C. 1993. "Vulnerable Victims? A Current Awareness of the Victimization of People with Learning Disabilities." Disability, Handicap and Society 8(2): 161-172. Disponible en www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02674649366780131.

Violencia de pareja íntima en Colombia

Recuadro A1: Violencia de pareja íntima en Colombia por tipo de discapacidad

	Sexual	Física	Psicológica	Económica	Cualquier tipo de violencia
1. Escuchar sonidos y voces					
Mujeres (promedio) (N=24 890)	7,6%	31,9%	64,1%	31,13%	66,64%
Mujeres sin discapacidad 1 (N=24 808)	7,9%	31,8%	64,0%	30,36%	66,55%
Mujeres con discapacidad 1 (N=82)	7,6%	64,1%	82,1%	39,59%	84,27%
Diferencia (puntos porcentuales)	-0,3	32,37**	18,11*	9,23**	17,72*
2. Hablar, comunicarse					
Mujeres (promedio) (N=24 890)	7,6%	31,9%	64,1%	31,13%	66,40%
Mujeres sin discapacidad 2 (N=24 882)	7,6%	31,9%	64,1%	30,97%	66,65%
Mujeres con discapacidad 2 (N=8)	0,0%	27,8%	53,8%	62,29%	53,80%
Diferencia (puntos porcentuales)	-7,62	-4,15	-10,26	31,32**	-12,85
3. Ver de cerca, de lejos, alrededor					
Mujeres (promedio) (N=24 890)	7,6%	31,9%	64,1%	31,13%	66,64%
Mujeres sin discapacidad 3 (N=23 524)	7,4%	31,4%	63,8%	31,13%	66,36%
Mujeres con discapacidad 3 (N=1 366)	11,3%	39,8%	68,0%	41,70%	70,85%
Diferencia (puntos porcentuales)	3,95**	8,37**	4,18*	10,57	4,49**

Recuadro A1: Violencia de pareja íntima en Colombia por tipo de discapacidad

	Sexual	Física	Psicológica	Económica	Cualquier tipo de violencia
4. Desplazarse, caminar, escalar					
Mujeres (promedio) (N=24 890)	7,6%	31,9%	64,1%	31,13%	66,64%
Mujeres sin discapacidad 4 (N=24 631)	7,6%	31,8%	64,0%	30,63%	66,57%
Mujeres con discapacidad 4 (N=259)	13,6%	42,2%	68,8%	38,52%	72,94%
Diferencia (puntos porcentuales)	6,04**	10,37**	4,82	7,89**	6,37
5. Sostener cosas, utilizar los brazos/las manos					
Mujeres (promedio) (N=24 890)	7,6%	31,9%	64,1%	31,13%	66,64%
Mujeres sin discapacidad 5 (N=24 792)	7,6%	31,9%	64,0%	31,05%	
Mujeres con discapacidad 5 (N=98)	8,1%	45,2%	70,8%	38,47%	66,62% 72,07%
Diferencia (puntos porcentuales)	0,53	13,3*	6,73	7,42*	5,45
6. Comprender, recordar, tomar decisiones					
Mujeres (promedio) (N=24 890)	7,6%	31,9%	64,1%	31,13%	66,64%
Mujeres sin discapacidad 6 (N=24 863)	7,6%	31,9%	64,0%	31,11%	66,62%
Mujeres con discapacidad 6 (N=27)	17,0%	58,0%	91,1%	35,65%	91,05%
Diferencia (puntos porcentuales)	9,36	26,12**	27,02**	4,54	24,43**

Recuadro A1: Violencia de pareja íntima en Colombia por tipo de discapacidad

	Sexual	Física	Psicológica	Económica	Cualquier tipo de violencia
7. Vestirse, ducharse					
Mujeres (promedio) (N=24 890)	7,6%	31,9%	64,1%	31,13%	66,64%
Mujeres sin discapacidad 7 (N=24 870)	7,6%	31,9%	64,1%	31,12%	66,65%
Mujeres con discapacidad 7 (N=20)	16,7%	27,9%	57,5%	44,45%	57,50%
Diferencia (puntos porcentuales)	9,08	-4,00	-6,56	13,33	-9,15
8. Relacionarse, interactuar con terceros					
Mujeres (promedio) (N=24 890)	7,6%	31,9%	64,1%	31,13%	66,64%
Mujeres sin discapacidad 8 (N=42 888)	7,6%	31,9%	64,1%	31,13%	66,64%
Mujeres con discapacidad 8 (N=2)	46,1%	53,9%	100,0%	46,12%	100,00%
Diferencia (puntos porcentuales)	38,51**	21,95*	35,95	14,99	33,36
9. Llevar a cabo tareas cotidianas sin padecer afecciones cardiovasculares/respiratorias					
Mujeres (promedio) (N=24 890)	7,6%	31,9%	64,1%	31,13%	66,64%
Mujeres sin discapacidad 9 (N=24 717)	7,6%	31,9%	64,0%	31,14%	66,61%
Mujeres con discapacidad 9 (N=173)	10,3%	41,2%	71,0%	30,07%	72,40%
Diferencia (puntos porcentuales)	2,73	9,28*	7,01	-1,07	5,79

Fuente: Estimaciones calculadas por el Banco Interamericano de Desarrollo, con base en la Encuesta Demográfica y de Salud 2015 de Colombia

**Estadísticamente significativo con un 95% de confianza; *Estadísticamente significativo con un 90% de confianza.

Recuadro A2: Violencia de pareja íntima en Colombia y discapacidad por tipo de violencia

	Mujeres	Mujeres sin discapacidad	Mujeres con discapacidad	Diferencia (puntos porcentuales)
Violencia sexual	7,6%	7,3%	11,4%	4,1**
• El esposo/pareja alguna vez le ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales no deseadas	7,6%	7,3%	11,4%	4,1**
Violencia física	31,9%	31,0%	42,2%	11,2**
• El esposo/pareja alguna vez le ha empujado, zarandeado o le ha arrojado algo	28,0%	27,9%	38,7%	10,8**
• El esposo/pareja alguna vez le ha dado una bofetada	21,4%	20,8%	28,3%	7,6**
• El esposo/pareja alguna vez le ha dado un puñetazo o le ha golpeado con algo dañino	5,7%	5,5%	7,6%	2,1**
• El esposo/pareja alguna vez le ha atacado con un cuchillo/pistola u otra arma	2,8%	2,7%	3,7%	1,0
• El esposo/pareja alguna vez le ha estrangulado o quemado	4,4%	4,3%	5,7%	1,4
Violencia psicológica	64,1%	63,6%	69,0%	5,4**
• El esposo/pareja siente celos si la encuestada habla con otros hombres	51,3%	51,1%	53,7%	2,6
• El esposo/pareja acusa a la encuestada de serle infiel	31,0%	30,5%	36,3%	5,8**
• El esposo/pareja no permite que la encuestada se reúna con amigas	23,9%	23,3%	30,9%	7,6**
• El esposo/pareja intenta limitar el contacto de la encuestada con su familia	13,3%	12,7%	20,3%	7,6**
• El esposo/pareja insiste en saber dónde está la encuestada	29,9%	29,2%	36,8%	7,6**
• El esposo/pareja la ignora/no se dirige a ella	27,9%	27,0%	36,8%	9,8**
• El esposo/pareja no ha pedido su opinión para reuniones familiares/sociales	13,6%	13,1%	20,2%	7,1**

Recuadro A2: Violencia de pareja íntima en Colombia y discapacidad por tipo de violencia

	Mujeres	Mujeres sin discapacidad	Mujeres con discapacidad	Diferencia (puntos porcentuales)
Violencia psicológica	64,1%	63,6%	69,0%	5,4**
• El esposo/pareja no ha pedido su opinión sobre asuntos familiares importantes	12,3%	11,8%	17,2%	5,4**
• El esposo/pareja alguna vez le ha amenazado con un cuchillo/pistola u otra arma	7,0%	6,7%	9,9%	3,2**
• El esposo/pareja alguna vez le ha insultado o le ha hecho sentir mal	21,3%	20,6%	29,6%	9,0**
• El esposo/pareja le ha amenazado con dejarla	15,5%	4,9%	22,1%	17,2**
• El esposo/pareja ha amenazado con llevarse a los hijos	12,8%	12,6%	15,6%	3,1**
Violencia económica	31,1%	30,4%	39,6%	9,2**
• El esposo/pareja no le confía dinero a la encuestada	13,5%	13,1%	18,5%	5,5**
• El esposo/pareja amenaza con retirar el apoyo económico	10,5%	10,1%	14,9%	4,7**
• El esposo/pareja no le permitió estudiar/trabajar	14,1%	13,8%	16,6%	2,8**
• El esposo/pareja gastó el dinero del hogar	16,2%	15,7%	22,0%	6,3**
• El esposo/pareja le quita dinero o bienes raíces	4,4%	4,3%	6,1%	1,8**

Fuente: Estimaciones calculadas por el Banco Interamericano de Desarrollo, con base en la Encuesta Demográfica y de Salud 2015 de Colombia
**Estadísticamente significativo con un 95% de confianza; *Estadísticamente significativo con un 90% de confianza.



Banco Interamericano de Desarrollo